



**Carla Fátima de Jesus
Oliveira Gomes da
Costa**

**Lista de Espera Cirúrgica: O PECLEC em dois
Hospitais da Região Centro**



**Carla Fátima de Jesus
Oliveira Gomes da
Costa**

**Lista de Espera Cirúrgica: O impacto do PECLEC
Estudo em dois Hospitais da Região Centro**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria Luís Rocha Pinto, Professora Auxiliar da Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro e sob co-orientação do Dr. Álvaro Ferreira de Castro, Consultor na Área das Ciências Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho ao meu marido e filha pelo incansável apoio.

o júri

presidente

Prof. Dr. Rui Armando Gomes Santiago

Professor Associado com Agregação da Universidade de Aveiro

Prof. Dr. Pedro Pita Barros

Professor Catedrático da Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa

Prof. Dr. Maria Luís Rocha Pinto

Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

Licenciado Álvaro Manuel Ferreira de Castro

Especialista em Gestão e Administração Hospitalar

agradecimentos

Ao longo deste estudo contei com o precioso apoio e colaboração de diversas pessoas, a quem quero agradecer, entre elas destaco:

A minha Orientadora Professora Doutora Maria Luís, que me prestou um constante e incasável apoio, disponibilidade e incentivo.

O meu Co-Orientador Dr. Álvaro Ferreira de Castro que desde o primeiro momento se disponibilizou em me apoiar na elaboração deste estudo.

Aos Concelhos de Administração dos Hospitais Infante D. Pedro de Aveiro e Hospital de São Sebastião da Feira, pela disponibilização da informação necessária de modo a permitir elaborar este estudo.

Ao Dr. César Telmo e à Dr.^a Paula Cristina Gonçalves pela colaboração prestada na análise e interpretação da informação.

palavras-chave

Listas de espera cirúrgicas, gestão dos tempos de espera para cirurgia.

resumo

A procura de cuidados de saúde tem vindo a aumentar desde que a medicina moderna existe. Ao mesmo tempo, o aumento dos custos de saúde significa na maioria dos países europeus executar reformas na área da saúde atendendo a questões como os custos, fazendo com que os sistemas se tornem mais eficientes e eficazes, garantindo um acesso equitativo à população.

O espaço entre o que os serviços de saúde podem proporcionar e os custos a suportar, tem gerado uma demora que tem vindo a afectar inúmeros pacientes que ficam sujeitos a uma lista de espera de forma a submeter-se a uma intervenção cirúrgica.

O presente trabalho incide no Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera (PECLEC) e tenta demonstrar que de facto os doentes com grandes tempos de espera são retirados da lista ao abrigo deste programa. Contudo, a sua aplicabilidade torna-se questionável uma vez que não se constata existir uma rentabilização dos tempos operatórios agendados.

Inicia-se por uma breve resenha histórica do referido programa com intenção de permitir o seu enquadramento.

Após uma caracterização do Serviço Nacional de Saúde e os desafios que lhe são colocados, abordamos as questões do acesso e da equidade que afinal estão intimamente relacionadas com as listas de espera.

Com uma descrição do funcionamento do mercado da procura e da oferta dos cuidados de saúde, procuramos apresentar as disfunções deste mercado, as origens e as causas das listas de espera.

Com um impacto negativo junto dos pacientes, as listas e os tempos de espera podem desafiar o princípio da equidade e poderão também influenciar a saúde dos pacientes.

As listas de espera são um fenómeno comum nos diferentes sistemas de saúde europeus, pelo que procuramos efectuar uma abordagem desta questão a nível internacional.

Trata-se de uma problemática que persiste no nosso quotidiano pelo que apresentamos as prioridades nacionais e as recomendações do Comité de Hospitais da União Europeia (HOPE) sobre esta matéria.

A nossa investigação empírica tem como suporte os dados dos blocos operatórios dos Hospitais Infante D. Pedro – Aveiro e de São Sebastião da Feira, dado tratarem-se de dois hospitais que aderiram ao referido programa.

Apesar de algumas limitações metodológicas é legítimo afirmar que se confirmou o que se pretendia demonstrar com execução do PECLEC versus actividade cirúrgica programada e os tempos de espera inerentes.

keywords

Surgery Waiting Lists, Surgery Waiting Times Management.

abstract

The request for health care has been growing since the start of modern medicine. At the same time, the rise of prices existent in most European countries has lead to some changes in that field. Those changes must consider the costs and are inevitable so that the system becomes more efficient and reliable in order to guarantee an equitant access available to the population. The gap between what the services can provide and their costs has generated a delay, which in turn affects a vast number of patients that are waiting in a queue for a surgery intervention.

The gap between the health supply and the costs involved have lead to a delay, which in turn has been affecting a vast number of patients who are waiting for surgery.

This project, as part of the special program of recovery of the waiting lists (PECLEC), tries to illustrate that indeed the patients which remain in the waiting list for a long time are removed from the list by the programme itself. However, its applicability is questioned as there isn't any positive outcome from the scheduled operations.

At first, we shall present a brief historical background of the program mentioned above in order to allow its framework.

After a characterisation of the National Health Service and the challenges that it faces, we must consider issues such as access and equity, which are deeply related to waiting lists.

Through a detailed description of the demand for health care and its supply market, we shall seek to present the Para functions of that market as well as the origins and causes of the waiting lists.

Further, we shall focus on how the waiting lists and times can challenge the equity principle and their negative impact on the patient's health.

The waiting lists are a common phenomenon among the different European systems. Thus, we must carry out a research that considers the situation experienced throughout the world. That is a problem that exists and persists in our daily routines and so we shall concentrate on the national situation and the HOPE's (European Union Hospital's Committee) recommendations on that subjects.

This empirical research focus on the situation lived in the operation theatre of two hospitals: Hospital Infante D. Pedro –Aveiro and São Sebastião da Feira as both hospitals have joined the programme mentioned above.

Despite the methodological limitations, all the hypothesis, which were initially put forward in relation to the execution of the PECLEC versus the planned surgeries and the related waiting times were confirmed.

ÍNDICE

CAPITULO I – Introdução	1
1. Contexto e Definição do Problema de Pesquisa	1
2. Justificação, Objectivos e Metodologia Global	4
3. Estrutura e Limitações	6
 CAPITULO II – Conceitos/Precedente Histórico	 7
1. Tempos de Espera Versus Listas de Espera	7
2. Lista de Espera Cirúrgica	8
3. Tempo Clinicamente Aceitável	8
4. Intervenção Cirúrgica	10
5. Intervenção Cirúrgica Programada	10
6. Intervenção Cirúrgica Não Programada	10
7. Intervenção Cirúrgica Urgente	10
8. Cirurgia Convencional.....	10
9. Cirurgia do Ambulatório	10
10. Programa de Recuperação de Lista de Espera Cirúrgica.....	11
10.1. PERLE – Programa Específico de Recuperação de Lista de Espera.....	11
10.2. PPA – Programa para a Promoção do Acesso	12
10.3. PECLEC – Programa Específico de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas ..	13
 CAPITULO III – Enquadramento teórico/Revisão da literatura.....	 15
1. O Serviço Nacional de Saúde – S.N.S.....	15
1.1. Origem e Evolução do SNS em Portugal: breve resenha	15
1.2. Os Desafios Colocados.....	19
1.4. A Reforma do Sistema dos Cuidados de Saúde em Portugal	25
2. Sistemas de Saúde dos Países Membros da União Europeia.....	39
3. O acesso aos cuidados de Saúde.....	43
3.1. Mecanismos para Garantir o Acesso aos cidadãos.....	43
3.2. O Significado de Acesso nos Cuidados de Saúde	47
3.3. O Acesso nos Países da União Europeia	52
4. A Equidade	58
5. Listas e Tempos de Espera Cirúrgicos: As diferentes faces de um problema	67

5.1. Origens e Causas	67
5.1.1. O Funcionamento do Mercado	67
5.1.2. Condicionantes da Procura e da Oferta	70
5.1.2.1. O lado da Procura	70
5.1.2.2. O lado da Oferta	71
5.1.3. O Tempo de Espera	74
5.2. Consequências	78
5.3. O Contexto Internacional	81
5.4. Prioridades Nacionais	93
5.4.1. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia	93
5.5. Recomendações da HOPE	95
CAPITULO IV – Dois Casos de Trabalho Comparativo	101
1. Introdução	101
2. Modus Operandi do PECLEC	101
2.1. Funcionamento da Lista de Espera	101
2.2. Programação da Intervenção Cirúrgica	103
2.3. Realização da Intervenção Cirúrgica	106
2.4. Manual do Programa Especial De Combate Às Listas De Espera Cirúrgicas ...	106
2.4.1. Enquadramento Legal	106
2.4.1.1. Finalidade	106
2.4.1.2. Objectivos	106
2.4.1.2. Doentes Alvo	107
2.4.2. Execução	107
2.4.3. Acompanhamento	109
3. Avaliação do PECLEC	109
4. Universo do Trabalho	114
5. Tipo e Método de Investigação	115
5.1. Análise Documental	116
5.2. Instrumentos	116
5.3. Tratamento dos dados	120
6. Análise dos resultados	122
6.1. Listas de espera global	122

6.2. Agendamento do Bloco Operatório.....	126
6.3. Actividade no Bloco Operatório.....	127
6.4. Distribuição Normal dos Tempos de Espera e Acto Cirúrgico	133
6.4.1. Introdução Teórica.....	133
6.4.2. Tempos de Espera.....	136
6.4.3. Acto Cirúrgico	144
6.4.4. Conclusão	154
6.5. Distribuição Exponencial	155
6.5.1. Introdução Teórica.....	155
6.5.2. Aderência da Distribuição Exponencial ao Tempo de Espera e Tempo Cirúrgico – Todos os Doentes	157
6.5.2.1. Hospital de Aveiro.....	157
6.5.2.2. Hospital de Santa Maria da Feira	159
6.5.3. Aderência da Distribuição Exponencial ao Tempo de Espera e Tempo Cirúrgico – Todos os Doentes do Hospital de Aveiro.....	161
6.5.3.1. Por Especialidade	161
6.5.3.2. Por tipo de Cirurgia	163
6.5.4. Aderência da Distribuição Exponencial ao Tempo de Espera e Tempo Cirúrgico – Todos os Doentes do Hospital de Santa Maria da Feira	165
6.5.4.1. Por Especialidade	165
6.5.4.2. Por tipo de Cirurgia	167
6.5.5. Conclusão	170
6.6. Distribuição das chegadas à Lista de espera - Doentes operados em 2003 - Todas as duas especialidades	170
6.6.1. Introdução Teórica.....	170
6.6.2. Estatística Descritiva	173
6.6.3. Aderência da Distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana nos dois Hospitais	176
6.6.4. Aderência da Distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana para Doentes do Hospital de Aveiro	179
6.6.4.1. Por Especialidade	179
6.6.4.2. Por tipo de Cirurgia	181

6.6.5. Aderência da Distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana para Doentes do Hospital de Santa Maria da Feira.....	184
6.6.5.1. Por Especialidade	184
6.6.5.2. Por tipo de Cirurgia	186
6.6.6. Conclusão	188
6.7. Ritmo de Chegada de Doentes à Lista de Espera por semana – Doentes em Lista de Espera em 31 de Dezembro de 2003 em Ortopedia e Otorrino	188
6.7.1. Estatística Descritiva	188
6.7.2. Aderência da distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana nos dois Hospitais	190
6.7.3. Aderência da distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana para os doentes do Hospital de Aveiro.....	193
6.7.3.1. Por Especialidade	193
6.7.4. Aderência da distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana para os doentes do Hospital de Santa Maria da Feira	195
6.7.4.1. Por Especialidade	195
6.7.5 Conclusão	198
6.8. Ocupação do Bloco Operatório	198
6.8.1. Disponibilidade versus Doentes Operados	198
6.8.2. Disponibilidade versus Tempo Utilizado	205
6.8.3. Conclusão	213
CAPITULO V – Discussão dos Resultados	215
ANEXOS	225
BIBLIOGRAFIA	271

RELAÇÃO DE QUADROS EM ANEXOS

Quadro 1	Apuramento dos doentes em lista de espera
Quadro 2	Execução Nacional do PECLEC
Quadro 3	Número de doentes intervencionados
Quadro 4	Grau de execução por ARS
Quadro 5	Nova Lista de espera
Quadro 6	Principais intervenções cirúrgicas realizadas em PECLEC
Quadro 7	Principais intervenções cirúrgicas em PECLEC e actividade Programada
Quadro 8	Total de Doentes Intervencionados por Hospital
Quadro 9	Tempo de Espera por Hospital, Tipo de Cirurgia e Especialidade
Quadro 10	Tempo de Espera por Hospital
Quadro 11	Tempo de Espera por Hospital - Teste Student
Quadro 12	Tempos Cirúrgicos por Hospital
Quadro 13	Tempos Cirúrgicos por Hospital - Teste Student
Quadro 14	Teste de Simetria do Tempo de Espera
Quadro 15	Teste de Simetria do Tempo Cirúrgico
Quadro 16	HA: Indicadores dos Tempos Cirúrgicos e de Espera
Quadro 17	HA: Distribuição Exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera
Quadro 18	HF: Indicadores dos Tempos Cirúrgicos e de Espera
Quadro 19	HF: Distribuição Exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera
Quadro 20	HA: Indicadores do Tempo Cirúrgico por Especialidade
Quadro 21	HA: Indicadores do Tempo de Espera por Especialidade
Quadro 22	HA: Distribuição Exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera por Especialidade
Quadro 23	HA: Indicadores do Tempo Cirúrgico por Tipo de Cirurgia
Quadro 24	HA: Indicadores do Tempo de Espera por Tipo de Cirurgia
Quadro 25	HA: Distribuição Exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera por Tipo de Cirurgia
Quadro 26	HF: Indicadores do Tempo Cirúrgico por Especialidade
Quadro 27	HF: Indicadores do Tempo de Espera por Especialidade
Quadro 28	HF: Distribuição Exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera
Quadro 29	HF: Indicadores do Tempo Cirúrgico por Tipo de Cirurgia
Quadro 30	HF: Indicadores do Tempo de Espera por Tipo de Cirurgia
Quadro 31	HF: Distribuição Exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera por Tipo de Cirurgia
Quadro 32	Estatística Descritiva do Doentes Intervencionados 2003 por Hospital
Quadro 33	Estatística Descritiva do Doentes Intervencionados 2003 por Especialidade
Quadro 34	Estatística Descritiva do Doentes Intervencionados 2003 por Especialidade e Hospital
Quadro 35	Estatística Descritiva do Doentes Intervencionados 2003 por Tipo de Cirurgia
Quadro 36	Estatística Descritiva do Doentes Intervencionados 2003 por Tipo de Cirurgia e Hospital
Quadro 37	Ano de Entrada na LE dos Doentes Intervencionados 2003
Quadro 38	Distribuição das Entradas na LE dos Doentes Intervencionados 2003
Quadro 39	Tempo de espera na LE dos Doentes Intervencionados 2003
Quadro 40	Semana de Entrada na LE dos Doentes Intervencionados 2003
Quadro 41	Semana de Entrada na LE dos Doentes Intervencionados 2003 por Hospital

Quadro 42	Número de Entradas na LE dos Doentes Intervencionados 2003 por Hospital
Quadro 43	Distribuição de Poisson das entradas por semana - Doentes intervencionados em 2003
Quadro 44	Distribuição das Entradas na LE dos Doentes Intervencionados 2003 - Hospital de Aveiro
Quadro 45	Número de Entradas na LE dos Doentes Intervencionados 2003 - Hospital de Aveiro
Quadro 46	Distribuição de Poisson das entradas por semana - Hospital de Aveiro
Quadro 47	Número de Entradas na LE por Tipo de Cirurgia - Hospital de Aveiro
Quadro 48	Número de Entradas na LE por semana e Tipo de Cirurgia - Hospital de Aveiro
Quadro 49	Distribuição de Poisson das entradas por semana por Tipo de Cirurgia - Hospital de Aveiro
Quadro 50	Distribuição das Entradas na LE dos Doentes Intervencionados 2003 - Hospital da Feira
Quadro 51	Número de Entradas na LE dos Doentes Intervencionados 2003 - Hospital da Feira
Quadro 52	Distribuição de Poisson das entradas por semana - Hospital da Feira
Quadro 53	Número de Entradas na LE por Tipo de Cirurgia Hospital da Feira
Quadro 54	Número de Entradas na LE por semana e Tipo de Cirurgia - Hospital da Feira
Quadro 55	Distribuição de Poisson das entradas por semana por Tipo de Cirurgia - Hospital da Feira
Quadro 56	Estatística Descritiva do Doentes em espera em 31/12/2003 por Hospital
Quadro 57	Estatística Descritiva do Doentes em espera em 31/12/2003 por Especialidade
Quadro 58	Estatística Descritiva do Doentes em espera em 31/12/2003 por Especialidade e Hospital
Quadro 59	Ano de Entrada na LE dos Doentes em espera em 31/12/2003
Quadro 60	Distribuição das Entradas na LE dos Doentes em espera em 31/12/2003
Quadro 61	Semana de Entrada na LE dos Doentes em espera em 31/12/2003
Quadro 62	Semana de Entrada na LE dos Doentes em espera em 31/12/2003 por Hospital
Quadro 63	Número de Entradas na LE dos Doentes em espera em 31/12/2003 por Hospital
Quadro 64	Distribuição de Poisson das entradas por semana - Doentes em espera em 31/12/2003
Quadro 65	Distribuição das Entradas na LE dos Doentes em espera em 31/12/2003 no H. Aveiro
Quadro 66	Número de Entradas na LE dos Doentes em espera em 31/12/2003 no H. Aveiro
Quadro 67	Distribuição de Poisson das entradas por semana - Hospital de Aveiro
Quadro 68	Distribuição das Entradas na LE dos Doentes em espera em 31/12/2003 no H. Feira
Quadro 69	Número de Entradas na LE dos Doentes em espera em 31/12/2003 no H. Feira
Quadro 70	Distribuição de Poisson das entradas por semana - Hospital da Feira
Quadro 71	Doentes Operados por Dia da Semana e por Hospital
Quadro 72	Horas de Bloco Disponíveis por Hospital e Dia da Semana
Quadro 73	Semana de maior actividade
Quadro 74	Doentes Operados
Quadro 75	Distribuição das horas por Acto Médico
Quadro 76	Acto Cirúrgico

RELAÇÃO DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Apuramento dos doentes em lista de espera
Gráfico 2	Realização do PECLEC
Gráfico 3	Doentes intervencionados por ARS
Gráfico 4	Grau de execução por ARS
Gráfico 5	Actividade cirúrgica em 2003: Hospital de Aveiro
Gráfico 6	Actividade cirúrgica em 2003: Hospital de Santa Maria da Feira
Gráfico 7	Especilidades que aderiram ao PECLEC
Gráfico 8	Doentes intervencionados por Hospital e por tipo de cirurgia
Gráfico 9	Hospital de Aveiro: Tempo de espera - PECLEC: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 10	HA: Tempo de espera - PECLEC: Substituição Total do Joelho
Gráfico 11	HA: Tempo de espera - Actividade Programada: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 12	HA: Tempo de espera - Actividade Programada: Substituição Total do Joelho
Gráfico 13	HA: Tempo de espera - PECLEC: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 14	HA: Tempo de espera - PECLEC: Substituição Total do Joelho
Gráfico 15	HA: Tempo de espera - Actividade Programada: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 16	HA: Tempo de espera - Actividade Programada: Substituição Total do Joelho
Gráfico 17	HF: Tempo de espera - PECLEC: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 18	HF: Tempo de espera - PECLEC: Substituição Total do Joelho
Gráfico 19	HF: Tempo de espera - Actividade Programada: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 20	HF: Tempo de espera - Actividade Programada: Substituição Total do Joelho
Gráfico 21	HF: Tempo de espera - PECLEC: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 22	HF: Tempo de espera - PECLEC: Substituição Total do Joelho
Gráfico 23	HF: Tempo de espera - Actividade Programada: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 24	HF: Tempo de espera - Actividade Programada: Substituição Total do Joelho
Gráfico 25	HA: Tempo Cirúrgico em Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 26	HA: Tempo Cirúrgico em Substituição Total do Joelho
Gráfico 27	HF: Tempo Cirúrgico em Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 28	HF: Tempo Cirúrgico em Substituição Total do Joelho
Gráfico 29	HA: Tempo Cirúrgico - PECLEC: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 30	HA: Tempo Cirúrgico - PECLEC: Substituição Total do Joelho
Gráfico 31	HA: Tempo Cirúrgico - Actividade Programada: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 32	HA: Tempo Cirúrgico - Actividade Programada: Substituição Total do Joelho
Gráfico 33	HF: Tempo Cirúrgico - PECLEC: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 34	HF: Tempo Cirúrgico - PECLEC: Substituição Total do Joelho
Gráfico 35	HF: Tempo Cirúrgico - Actividade Programada: Amigdalectomia com Adenoidectomia
Gráfico 36	HF: Tempo Cirúrgico - Actividade Programada: Substituição Total do Joelho
Gráfico 37	Amigdalectomia em PECLEC
Gráfico 38	Amigdalectomia em Cirurgia Programada
Gráfico 39	Substituição Total do Joelho em PECLEC
Gráfico 40	Substituição Total do Joelho em Programada
Gráfico 41	Distribuição do Tempo de Acto Cirurgico por Hospital

Gráfico 42	Distribuição do Tempo de espera por Hospital
Gráfico 43	Distribuição Exponencial do Tempo do Acto cirurgico no Hospital de Aveiro
Gráfico 44	Distribuição Exponencial do Tempo de Espera no Hospital de Aveiro
Gráfico 45	Distribuição Exponencial do Tempo do Acto cirurgico no Hospital da Feira
Gráfico 46	Distribuição Exponencial do Tempo de Espera no Hospital da Feira
Gráfico 47	HA: Distribuição do Tempo Cirurgico por Especialidade
Gráfico 48	HA: Distribuição do Tempo de Espera por Especialidade
Gráfico 49	HA: Distribuição Exponencial do Tempo Cirurgico por Especialidade
Gráfico 50	HA: Distribuição Exponencial do Tempo de Espera por Especialidade
Gráfico 51	HA: Distribuição Exponencial do Tempo Cirurgico por Especialidade
Gráfico 52	HA: Distribuição Exponencial do Tempo de Espera por Especialidade
Gráfico 53	HA: Distribuição do Tempo Cirurgico por Tipo de Cirurgia
Gráfico 54	HA: Distribuição do Tempo de Espera por Tipo de Cirurgia
Gráfico 55	HA: Distribuição Exponencial do Tempo Cirurgico por Tipo de Cirurgia
Gráfico 56	HA: Distribuição Exponencial do Tempo de Espera por Tipo de Cirurgia
Gráfico 57	HA: Distribuição Exponencial do Tempo Cirurgico por Tipo de Cirurgia
Gráfico 58	HA: Distribuição Exponencial do Tempo de Espera por Tipo de Cirurgia
Gráfico 59	HF: Distribuição do Tempo Cirurgico por Especialidade
Gráfico 60	HF: Distribuição do Tempo de Espera por Especialidade
Gráfico 61	HF: Distribuição Exponencial do Tempo Cirurgico por Especialidade
Gráfico 62	HF: Distribuição Exponencial do Tempo de Espera por Especialidade
Gráfico 63	HF: Distribuição Exponencial do Tempo Cirurgico por Especialidade
Gráfico 64	HF: Distribuição Exponencial do Tempo de Espera por Especialidade
Gráfico 65	HF: Distribuição do Tempo Cirurgico por Tipo de Cirurgia
Gráfico 66	HF: Distribuição do Tempo de Espera por Tipo de Cirurgia
Gráfico 67	HF: Distribuição Exponencial do Tempo Cirurgico por Tipo de Cirurgia
Gráfico 68	HF: Distribuição Exponencial do Tempo de Espera por Tipo de Cirurgia
Gráfico 69	HF: Distribuição Exponencial do Tempo Cirurgico por Tipo de Cirurgia
Gráfico 70	HF: Distribuição Exponencial do Tempo de Espera por Tipo de Cirurgia
Gráfico 71	Ritmo chegadas à Lista de Espera por Hospital - Doentes Intervencionados em 2003
Gráfico 72	Ritmo chegadas à LE por Especialidade - Doentes Intervencionados em 2003
Gráfico 73	Ritmo chegadas à LE no Hospital de Aveiro - Doentes Intervencionados em 2003
Gráfico 74	Ritmo chegadas à LE no Hospital da Feira - Doentes Intervencionados em 2003
Gráfico 75	Ritmo chegadas à LE por Tipo de Cirurgia - Doentes Intervencionados em 2003
Gráfico 76	Ritmo chegadas à LE por Tipo de Cirurgia no Hospital de Aveiro
Gráfico 77	Ritmo chegadas à LE por Tipo de Cirurgia no Hospital da Feira
Gráfico 78	Ritmo chegadas à LE pelo Ano de entrada
Gráfico 79	Ritmo chegadas à LE antes e em 2003
Gráfico 80	Distribuição do Tempo de Espera
Gráfico 81	Distribuição do Tempo de Espera
Gráfico 82	Número de entradas na LE no Hospital de Aveiro
Gráfico 83	Número de entradas na LE no Hospital da Feira
Gráfico 84	Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - Hospital de Aveiro

Gráfico 85 Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - Hospital de Aveiro
Gráfico 86 Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - Hospital da Feira
Gráfico 87 Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - Hospital da Feira
Gráfico 88 HA: Número de entradas na LE por semana - Ortopedia
Gráfico 89 HA: Número de entradas na LE por semana - ORL
Gráfico 90 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - Ortopedia
Gráfico 91 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - Ortopedia
Gráfico 92 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - ORL
Gráfico 93 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - ORL
Gráfico 94 HA: Número de entradas na LE por semana - PECLEC
Gráfico 95 HA: Número de entradas na LE por semana - Programada Base
Gráfico 96 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - PECLEC
Gráfico 97 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - Programada Base
Gráfico 98 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - Programada Base
Gráfico 99 HF: Número de entradas na LE por semana - Ortopedia
Gráfico 100 HF: Número de entradas na LE por semana - ORL
Gráfico 101 HF:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - Ortopedia
Gráfico 102 HF:Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - Ortopedia
Gráfico 103 HF:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - ORL
Gráfico 104 HF:Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - ORL
Gráfico 105 HF: Número de entradas na LE por semana - PECLEC
Gráfico 106 HF: Número de entradas na LE por semana - Programada Base
Gráfico 107 HF:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - PECLEC
Gráfico 108 HF:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - Programada Base
Gráfico 109 HF:Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - Programada Base
Gráfico 110 Ritmo chegadas à Lista de Espera por Hospital - Doentes em espera em 31/12/2003
Gráfico 111 Ritmo chegadas à LE por Especialidade - Doentes em espera em 31/12/2003
Gráfico 112 Ritmo chegadas à LE no Hospital de Aveiro - Doentes em espera em 31/12/2003
Gráfico 113 Ritmo chegadas à LE no Hospital da Feira - Doentes em espera em 31/12/2003
Gráfico 114 Ritmo chegadas à LE pelo Ano de entrada
Gráfico 115 Ritmo chegadas à LE antes e em 2003
Gráfico 116 Número de entradas na LE no Hospital de Aveiro
Gráfico 117 Número de entradas na LE no Hospital da Feira
Gráfico 118 Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - Hospital de Aveiro
Gráfico 119 Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - Hospital de Aveiro
Gráfico 120 Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - Hospital da Feira
Gráfico 121 Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - Hospital da Feira
Gráfico 122 HA: Número de entradas na LE por semana - Ortopedia

Gráfico 123 HA: Número de entradas na LE por semana - ORL
Gráfico 124 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - Ortopedia
Gráfico 125 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - ORL
Gráfico 126 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - ORL
Gráfico 127 HF: Número de entradas na LE por semana - Ortopedia
Gráfico 128 HF: Número de entradas na LE por semana - ORL
Gráfico 129 HF:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - Ortopedia
Gráfico 130 HF:Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - Ortopedia
Gráfico 131 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE antes de 2003 - ORL
Gráfico 132 HA:Distribuição de Poisson das entradas na LE em 2003 - ORL
Gráfico 133 HA: tempo de agenda para Ortopedia
Gráfico 134 HA: tempo de agenda para Otorrino
Gráfico 135 HF: tempo de agenda para Ortopedia
Gráfico 136 HF: tempo de agenda para Otorrino
Gráfico 137 HA: tempo ocupado em Ortopedia por dia da semana
Gráfico 138 HA: tempo ocupado em Otorrino por dia da semana
Gráfico 139 HF: tempo ocupado em Ortopedia por dia da semana
Gráfico 140 HF: tempo ocupado em Otorrino por dia da semana
Gráfico 141 HA: Actividade anual em Ortopedia
Gráfico 142 HA: Actividade anual em Otorrino
Gráfico 143 HF: Actividade anual em Ortopedia
Gráfico 144 HF: Actividade anual em Otorrino
Gráfico 145 HA: Distribuição dos soentes operados em Ortopedia
Gráfico 146 HA: Distribuição dos soentes operados em Otorrino
Gráfico 147 HF: Distribuição dos soentes operados em Ortopedia
Gráfico 148 HF: Distribuição dos soentes operados em Otorrino
Gráfico 149 HA: Tempo acto cirúrgico em Ortopedia
Gráfico 150 HA: Tempo acto cirúrgico em Otorrino
Gráfico 151 HF: Tempo acto cirúrgico em Ortopedia
Gráfico 152 HF: Tempo acto cirúrgico em Otorrino

RELAÇÃO DE FIGURAS

- | | |
|----------|--|
| Figura 1 | Elementos fundamentais de um sistema de fila de espera |
| Figura 2 | Lista de espera em 1 de Janeiro de 2003 |
| Figura 3 | Lista de espera em 31 de Janeiro de 2003: Gráfico |
| Figura 4 | Esquematização do apuramento dos dados em estudo |

RELAÇÃO DE QUADROS

Quadro 1	Doentes em lista de espera em 1 de Janeiro de 2003
Quadro 2	Lista de espera em 31 de Janeiro de 2003
Quadro 3	Tempo de Espera em 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2003
Quadro 4	Agendamento por dia da semana
Quadro 5	Doentes intervencionados em PECLEC - descrição das intervenções cirúrgicas
Quadro 6	Doentes intervencionados por Hospital e por tipo de cirurgia
Quadro 7	Doentes intervencionados por Hospital, especialidade e por tipo de cirurgia
Quadro 8	Teste de distribuição do Tempo de Espera
Quadro 9	Teste de distribuição do Tempo Cirúrgico
Quadro 10	Disponibilidade do Bloco Operatório por dia da semana
Quadro 11	Tempo operatório disponível por dia da semana
Quadro 12	Taxa de Ocupação do Acto Cirúrgico por dia da semana
Quadro 13	Taxa de Ocupação do Acto Cirúrgico especialidade
Quadro 14	Número de doentes e respectivos tempos distribuídos por actos médicos
Quadro 15	Variação entre o agendamento e a produção efectuada
Quadro 16	Tempo médio por doente em cada acto
Quadro 17	Tempo médio decorrido entre actos

LISTA DE ABREVIATURAS

ADMFA	Assistencia na Doença aos Militares das Forças Armadas
ADSE	Assistencia na Doença aos Servidores do Estado
ARS	Aministração Regional de Saúde
BMJ	<i>British Medical Journal</i>
CMJ	<i>Canada Medical Journal</i>
DCI	<i>Diseases and Conditions Index</i>
DGS	Direcção Geral da Saúde
EPE	Entidade Publica Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FH	Farmacia Hospitalar
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
HOPE	<i>Standing Committee of the Hospitals for the European Union</i>
ICD9-CM	<i>International Classification of Diseases: 9th Revision Clinical Modification</i>
IGIF	Instituto de Gestão Informática e Financeira do Estado
INA	Instituto Nacional de Administração
LE	Listas Espera
OCDE	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PECLEC	Programa Especial de Combate às Lista Espera Cirurgicas
PERLE	Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera
PPA	Programa Promoção do Acesso
PPP	Parcerias Publico Privadas
SA	Sociedade Anónima
SAMS	Serviços de Assistencia Medico-Social
SCP	Serviços Comunitarios de Proximidade
SIGIC	Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SONHO	Sistema Informático de Gestão Hospitalar
SPA	Sector Publico Administrativo
WHO	<i>World Health Organization</i>
H F	Hospital São Sebastião da Feira
H A	Hospital Infante D. Pedro - Aveiro

CAPITULO I – Introdução

1. Contexto e Definição do Problema de Pesquisa

Uma Cidadania iluminada manifesta-se, em parte, através de escolhas informadas que respeitem as necessidades de racionalização e racionamento, para permitir a sustentabilidade do sistema de saúde. Estas escolhas passam por responsabilidades por parte do legislador em garantir a saúde pública, criando condições de acesso aos cuidados considerados prioritários pela sociedade e por responsabilidades por parte do cidadão em adoptar comportamentos mais saudáveis e em utilizar os serviços de saúde o mais racionalmente que lhe é possível, valendo-se da melhor informação que lhe é disponibilizada.

A garantia do sucesso passa por vezes, por uma sistematização dos cuidados que parece limitativa das opções de escolha do cidadão. Esta sistematização é um benefício para o cidadão, não colidindo com o seu poder de livre escolha.

Actualmente, os doentes são confrontados ou com centros teoricamente capazes de resolver os seus problemas e que depois soçobram face à avalanche de doentes que os procuram ou, por outro lado, com múltiplos pequenos centros em que a qualidade não pode ser controlada e a inovação tecnológica é muitas vezes usada, para o reforço do défice público, sem a contrapartida de ganhos para os utentes.

Na problemática do acesso, a discriminação positiva, orientando os limitados recursos do Ministério da Saúde para as classes e grupos mais desfavorecidos, nomeadamente os extremos de exclusão social, deve estar claramente estabelecida como orientação a seguir pelos mais diversos programas e projectos de intervenção.

A evolução recente do sector da saúde em Portugal (a empresarialização dos hospitais, as novas leis do serviço de saúde, a entidade reguladora, etc.) inscreve-se na tendência da Administração Pública no sentido de:

- aplicar regras de gestão habitualmente utilizadas no sector privado;
- separar o financiador do prestador, sendo que em muito casos o que se pretende é que o Estado garanta o provisionamento de bens e serviços¹, independentemente do prestador;

¹ Nesta óptica também se inscrevem as teorias que radicam as funções do Estado na contratualização.

-a evolução do Estado interventor para uma predominância da actividade reguladora, que até pode ser garantida por entidades independentes².

As autoridades, em especial as responsáveis pela saúde no nosso país, têm, de tempos a tempos, implementado medidas esporádicas e geralmente temporárias de combate a este flagelo que são as listas de espera para cirurgia. Em 1995, o Programa Específico de Resolução das Listas de Espera (PERLE) pretendia reduzir as listas de espera através do recurso ao sector privado. Em 1999, o Programa de Promoção do Acesso (PPA) visava a redução das listas de espera através dos serviços de cirurgia dos hospitais públicos que demonstrassem capacidade para tal, bem como através do recurso ao sector privado, quando os hospitais públicos não conseguissem resolver o problema. Por uma razão ou por outra, estes programas não atingiram totalmente os seus objectivos. Em 2002, foi criado o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), que propunha a realização de intervenções cirúrgicas através do recurso a entidades públicas, privadas ou sociais prestadoras de cuidados de saúde. Segundo fontes do Ministério da Saúde, este programa, com um horizonte temporal até Outubro de 2004, realizou até 15 de Abril de 2003 114.863 cirurgias, das 123.166 que pretendia realizar, correspondendo a uma taxa de execução de 93,3%. As restantes 8.303 cirurgias constantes da lista de espera de Junho de 2002 encontram-se em fase de resolução. Prevvia-se assim, que a lista PECLEC seria eliminada antes do inicialmente previsto: Novembro de 2004. Segundo o Ministério da Saúde, tratar-se-iam de resultados francamente positivos, só possíveis com uma “gestão eficaz do Programa e com o empenho e adesão dos profissionais de saúde”, concretizado num aumento de produção do SNS. Por outro lado, os detractores do sistema ou, pelo menos da sua aplicação, referiam que a “lista PECLEC” seria eliminada mas que entretanto cresceria uma outra ainda maior pelo que o número de pessoas em lista de espera (findo o PECLEC) seria maior do que era em 2002.³

A dinâmica das listas de espera, associada ao aumento das consultas hospitalares, resultante de uma maior eficiência do sistema hospitalar e que determinou que milhares de novas pessoas tivessem indicação cirúrgica, leva a que exista sempre uma lista de espera. No entanto, esta lista de espera é diferente da anterior, uma vez que na lista antiga o tempo médio de espera por uma cirurgia era de 5,5 anos, existindo em algumas cirurgias doentes a aguardarem mais de 10 anos, enquanto que a nova lista o tempo médio de espera por uma

² Ver “Direito Administrativo” de *Oliveira, F. P. e Dias, J. E. F. (2000)*.

³ Informação retirada em <http://alternativ.planetaclix.pt/lara/lara.html>.

cirurgia é de 8,7 meses (259 dias). De facto, este tempo de espera é, na maior parte dos casos, mais importante até do que o número de doentes em espera, pois em algumas doenças, como as do foro oncológico, períodos superiores a 3 ou 4 semanas são clínica e humanamente inaceitáveis.

Findo o PECLEC, e sabendo que o problema das listas de espera não pode continuar a ser resolvido por programas de carácter conjuntural e excepcional que não constituem solução definitiva para o problema, foi recentemente lançado um programa contínuo de redução sustentada dos tempos de espera, com o objectivo de reduzir o tempo médio de espera e de controlar o tempo máximo de espera e não de minimizar o número de inscritos para cirurgia: o novo Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia, com mais de 150 mil casos em espera, onde para este programa é dado um tempo médio de espera de 6 meses e a possibilidade de, passados 12 meses, o doente aceder a um hospital convencionado mediante a apresentação de um “*vale-cirurgia*” que lhe é enviado pelos serviços do Ministério. Entra-se assim num novo estágio de resolução do problema, que só tem condições para ser posto em prática após o sucesso obtido com o PECLEC na redução das “infinitas” filas de espera.

Este Sistema assenta nas bases dos programas utilizados com sucesso em outros países, nomeadamente em Espanha (por região) e no Reino Unido, tendo como pilares a centralização da gestão dos inscritos para cirurgia, a fixação de tempos máximos de espera para cirurgias, a liberdade de escolha do utente, a introdução de documentos que aumentem o compromisso entre o Hospital e o utente e a divulgação pública de informação da lista de inscritos para cirurgia.

Nas últimas décadas assistimos a uma crescente procura de cuidados de saúde com o conseqüente aumento exponencial dos custos. Levanta-se um problema crucial que se prende com o equilíbrio entre a escassez de recursos e uma procura galopante e aparentemente incontrolável.

O controlo dos custos com a saúde tem sido razoavelmente conseguido embora à custa de ineficiências microeconómicas, traduzidas em longas listas de espera, cuidados despersonalizados, insensibilidade perante as preferências do cidadão, subaproveitamento de recursos, dotando esta questão de alguma pertinência, tão só de índole política como de índole social.

As listas de espera cirúrgicas apresentam-se desta forma como o resultado entre uma procura crescente e uma oferta limitada, verificando-se a sua existência na quase totalidade dos hospitais públicos, o que traduz objectivamente uma má acessibilidade à actividade cirúrgica no Serviço Nacional de Saúde, nas suas vertentes programáveis.

Em Portugal, o problema das listas de espera cirúrgicas nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde constitui, actualmente, um dos mais relevantes problemas existentes, motivado pelo difícil acesso aos serviços públicos, o que penaliza fortemente os grupos sociais mais desfavorecidos económica e geograficamente.

Assim, o Governo assumiu o compromisso de realizar reformas urgentes neste domínio, norteadas pela preocupação de atribuir aos destinatários do Serviço Nacional de Saúde um atendimento de qualidade e em tempo útil. Para o efeito constituiu um Programa Especial de Combate às Listas de Espera – PECLEC.

Desta forma, se por um lado o acesso a determinados serviços de saúde está fortemente comprometido pelo tempo de espera até à prestação, por outro, procura-se a compensação desta disfunção tentando aceder ao sistema através de medidas de correcção.

As listas de espera revelam tal importância, que o titular da pasta da Saúde é alvo de um olhar atento por parte dos média, assim como é sujeito a duras críticas por parte da Ordem dos Médicos e do Observatório Português dos Sistemas de Saúde, dos Sindicatos dos Médicos, entre outros.

Perante esta “controvérsia” e embora seja uma tema objecto de muitos estudiosos, a questão da nossa investigação é perceber qual foi o impacto do PECLEC nos hospitais, através da análise de dois casos concretos.

2. Justificação, Objectivos e Metodologia Global

Parafraseando o Professor Manuel Antunes no seu conhecido livro "A Doença da Saúde", as listas de espera para o atendimento nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e em especial para cirurgia, são a face mais visível da insuficiência do serviço. O problema é de magnitude suficiente para causar preocupação a todas as partes envolvidas: doentes, profissionais e autoridades. Os doentes são quem mais directamente sente o problema, uma vez que assistem, impotentes, ao agravamento do seu estado de saúde, muitas vezes sem fim à vista. Os profissionais de saúde, em especial os médicos, tendem a atribuir as culpas da dimensão das listas às insuficiências do sistema, esquecendo

o facto de que eles próprios são parte integrante do sistema que criticam, tendo a sua quota-parte de responsabilidades neste problema.

Desta forma, as listas de espera representam um claro desajustamento temporal entre a procura de cuidados de saúde e a capacidade de oferta desses mesmos cuidados.

A alteração da capacidade de oferta poderá ser uma condição necessária para a diminuição das listas de espera, contudo isso poderá não ser suficiente se uma gestão eficiente das listas não ocorrer.

Assim, o presente trabalho pretende avaliar o impacto do Programa de Recuperação das Listas de Espera Cirúrgicas, analisando para o efeito as listas de espera cirúrgicas com e sem aplicação desta medida, em dois hospitais da região Centro.

Pretende-se desta forma:

- Avaliar o grau de execução do programa de intervenção para a recuperação das listas de espera cirúrgicas, nos dois hospitais em análise;
- Conhecer os tempos de espera para intervenções cirúrgicas das patologias mais realizadas no âmbito do PECLEC, nos dois hospitais em análise;
- Caracterizar a produção cirúrgica para as especialidades em estudo, considerando o regular funcionamento dos Blocos Operatórios;
- Apreçar na medida do possível, o comportamento dos agentes envolvidos no PECLEC.

Para a realização do presente trabalho, recorreremos à análise de dados estatísticos e foram escolhidos o Hospital Infante D. Pedro de Aveiro e o Hospital de São Sebastião da Feira, atendendo ao facto de ambos terem aderido ao Programa de Recuperação das Listas de Espera.

Este trabalho assenta numa abordagem mista, qualitativa e quantitativa e num tipo de investigação avaliativo e decisório.

Será iniciado por uma abordagem aos principais conceitos existentes sobre esta temática, a que se seguirá uma análise dos principais pressupostos teóricos sobre a matéria. Para o estudo dos dois casos enunciados, e após a recolha e análise dos dados estatísticos produzidos pelos dois hospitais seleccionados, recorrer-se-á a um método de análise que utilizará conceitos e estrutura em investigação operacional.

3. Estrutura e Limitações

A introdução, que agora se termina, constitui o primeiro dos cinco capítulos em que se encontra estruturado este trabalho. Uma definição de conceitos para uma melhor compreensão dos dados a tratar, constituirá o capítulo II.

Ainda dentro deste capítulo apresentamos uma breve abordagem histórica aos diferentes Programas de Recuperação das Listas de Espera que antecederam o PECLEC.

No enquadramento teórico (capítulo III), apresentamos a origem do Sistema Nacional de Saúde, a sua evolução, os desafios que lhe foram colocados e as reformas então produzidas. Dada a pertença de Portugal ao espaço comunitário, caracterizamos brevemente os diferentes Sistemas de Saúde existentes na União Europeia.

Serão igualmente apresentadas questões como o acesso aos cuidados de saúde e a equidade que revelam pertinência para o estudo, dado estarem intimamente relacionados com as listas de espera.

Abordamos ainda as diferentes faces do fenómeno das listas e dos tempos de espera cirúrgicos. Sendo este um assunto bastante actual e do domínio público analisamos esta questão nas suas origens e causas, apresentando o funcionamento do mercado dos cuidados de saúde nas vertentes da oferta e da procura dos mesmos.

Dada a sua importância na análise, situamos a questão no contexto internacional no sentido de melhor percebermos as prioridades entretanto criadas para fazer face a este problema.

No capítulo IV, descrevemos o funcionamento do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC) de modo a permitir uma melhor percepção da operacionalidade do mesmo.

Uma avaliação da execução do PECLEC ao nível nacional, através de auditoria efectuada pelo Tribunal de Contas, antecede o nosso trabalho de campo. Com os dados disponibilizados pelos Hospitais de Aveiro e de Santa Maria da Feira, reconstruímos o funcionamento do bloco operatório destas instituições.

Por último com o capítulo V apresentamos os resultados obtidos, suas conclusões e sugerimos para futuros trabalhos algumas questões que julgamos pertinentes no âmbito desta matéria.

CAPITULO II – Conceitos/Precedente Histórico

“Os conceitos de Lista de Espera, Intervenção Cirúrgica Programada, Intervenção Cirúrgica Convencional ou Ambulatória, devem ter uma leitura linear e uniforme, de forma a evitar que erradas interpretações dos conceitos conduzam a erradas interpretações da informação que regularmente é cruzada e comparativa da performance de cada hospital.”

ARS Centro (2001:3)

1. Tempos de Espera Versus Listas de Espera

Falar de listas de espera significa dizer que os utentes não têm um acesso imediato aos cuidados de saúde a que têm direito. Pode tratar-se efectivamente de uma barreira na acessibilidade aos cuidados o que parece ser uma realidade prevalente, dada a limitação de recursos existentes.

Se o número adicional de utentes acrescido às listas for idêntico ao número de casos tratados num determinado período de tempo, as listas de espera mantêm-se constantes.

Isto significa que, se num ano um hospital incrementar à sua lista de espera 1000 doentes para a realização de intervenções cirúrgicas numa dada especialidade e se, nesse mesmo ano, a sua capacidade produtiva de operações for de 1000 doentes, a lista de espera no início do ano $n+1$ será idêntica à verificada no início do ano n .

Por outro lado, as listas de espera podem manter-se inalteráveis se, num dado período, a um esforço de redução do número de doentes em espera corresponder um aumento proporcional da procura de cuidados de saúde, face ao esperado.

As listas de espera constituem um verdadeiro problema se, a um número significativo de utentes em espera, corresponder um elevado tempo de espera.

O tempo de espera, em excesso, poderá em última análise levar ao agravamento da patologia do doente, tendo consequências irreversíveis para o mesmo, pelo que o tempo de espera aconselhável deverá ter em atenção os diferentes tipos de patologias.

O tempo de espera poderá ainda levar a um aumento dos gastos com a saúde na medida em que o doente poderá ter necessidade de recorrer a outro tipo de serviço de

saúde, urgências por exemplo, ou adquirir fármacos para evitar o agravamento da patologia.

Na óptica de *Franquel e West (1993:5)* “(...) é inaceitável para os doentes esperarem mais do que um ano por cuidados de saúde que lhes foram prometidos”.

2. Lista de Espera Cirúrgica

Consiste no conjunto de doentes do sistema de saúde que aguardam a realização, não urgente, de intervenção cirúrgica. A Lista de Espera Cirúrgica (LE) é gerada a partir da Consulta Externa ou do Internamento. Isto é, a colocação do doente em LE para intervenção cirúrgica programada pode ter como referência um episódio de Consulta Externa ou de um episódio de Internamento, no qual é preenchido o modelo de suporte em papel que contém campos de preenchimento manual com a informação necessária para introduzir o doente em LE no sistema informático (SONHO).

3. Tempo Clinicamente Aceitável

Consiste no número de dias em que o doente pode aguardar a intervenção em Lista de Espera Cirúrgica, sem pôr em risco a sua situação clínica, nem agravar o estado de saúde.

A regulamentação dos tempos clinicamente aceitáveis, decorrem de uma orientação dada pelo Ministério da Saúde, não sendo por isso critérios utilizados internamente em cada hospital. De acordo com aquele documento divulgado junto dos hospitais, aquando da criação do Programa de Promoção do Acesso (PPA), os tempos clinicamente aceitáveis por patologias eram:

Para a Cirurgia Geral

- Hérnias e Eventrações:

- * Sem complicações ≤ 180 dias
- * Com potencial complicações ≤ 60 dias
- * Sem complicações mas com redução da capacidade de trabalho ≤ 90 dias

- Colecistectomias:

- * Por litíase com complicação prévia ≤ 30 dias
- * Por litíase sem complicação previa ≤ 180 dias

Para a Cirurgia Vascular

- * Arterial, com claudicação intermitente e/ou lesões carotídeas ≤ 21 dias
- * Venosa, varizes com complicação prévia ≤ 60 dias
- * Venosa, varizes sem complicações ≤ 270 dias

Para a Neurocirurgia/Ortopedia

- * Hérnia discal ≤ 30 dias

Para a Oftalmologia

- * Cataratas bilaterais com grau de visão incapacitante ≤ 30 dias
- * Catarata unilateral com olho contralateral normal ≤ 180 dias
- * Catarata unilateral com amaurose do olho contralateral ≤ 30 dias
- * Catarata bilateral sem apreciável diminuição da autonomia ≤ 180 dias
- * Retinopatia diabética ≤ 30 dias

Para a Ortopedia

- * Prótese da anca ≤ 180 dias
- * Prótese do joelho ≤ 180 dias

Para a Urologia

- * Adenoma prostático sem complicações ≤ 180 dias
- * Adenoma prostático com complicações ≤ 90 dias

A Resolução do Conselho de Ministros nº100/2002 de 26 de Abril, publicada em 25 de Maio, aprovou o Programa Especial de Combate às Listas de Espera (PECLEC) e definia ainda, que fosse feita uma avaliação intercalar da execução do programa no final do primeiro ano, ficando cometida ao Ministro da Saúde, a competência (uma de entre outras) de tipificar o tempo clinicamente aceitável por patologia. Contudo, esta tipificação nunca foi dada a conhecer aos hospitais.

Em 2004, o modelo do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC), pressupõe uma definição do tempo clinicamente aceitável, que deverá ser definido pela comissão de acompanhamento das listas de espera que integra a Ordem dos Médicos, para cada patologia. Até à presente não existe qualquer regulamentação sobre esta matéria.

4. Intervenção Cirúrgica

Consiste na realização em sala própria, sob anestesia geral ou local, de um ou mais procedimentos cirúrgicos praticados através da mesma incisão ou orifício, com objectivo terapêutico e/ou diagnóstico, com ou sem presença de anestesista.

5. Intervenção Cirúrgica Programada

Diz respeito às cirurgias realizadas sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica. Aqui os doentes devem constar na Lista de Espera Cirúrgica institucional.

6. Intervenção Cirúrgica Não Programada

Diz respeito às cirurgias realizadas a doentes que, inesperadamente e por decisão clínica, têm de ser operados a uma patologia e não estão em Lista de Espera Cirúrgica. A intervenção cirúrgica não programada pode decorrer de um episódio de urgência.

7. Intervenção Cirúrgica Urgente

Diz respeito às cirurgias realizadas sem data de realização previamente marcada, por imperativo da situação clínica. Este conceito reporta-se às intervenções decorrentes de um episódio de urgência e são, em termos clínicos, emergentes.

8. Cirurgia Convencional

Acto cirúrgico programado não ambulatorio, que implica internamento.

9. Cirurgia do Ambulatório

Acto cirúrgico programado, realizado sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais *leges artis*, em regime de admissão e alta no mesmo dia.

10. Programa de Recuperação de Lista de Espera Cirúrgica

Assumindo que as listas de espera constituem um entrave no acesso aos cuidados de saúde, os sucessivos Governos têm procurado resolver este problema através da criação de mecanismos que permitam a sua eliminação ou diminuição.

10.1. PERLE – Programa Específico de Recuperação de Lista de Espera

Em 1992, o fenómeno das listas de espera foi reconhecido oficialmente, pelo que a Direcção-Geral dos Hospitais quando definiu as linhas Estratégicas para 1992-1994 estabeleceu “Reduzir a Espera – Aumentar a Utilidade Técnica e Social”. “No total em Junho de 1992, os hospitais tinham em lista de espera cerca de 92000 doentes com uma média global de 223 dias de espera”. “Como causas destas listas, os serviços hospitalares apontavam em primeiro lugar a falta de tempo operatório (56%), seguida de falta de camas (15,4%), falta de médicos (15%), falta de anestesistas (3,7%) e outras com menos significado estatístico” *Alves et al (1996:39)*.

Contudo, a redução drástica das listas de espera representava um grande encargo financeiro, uma necessidade significativa de meios materiais e de tempo. Assim, numa primeira fase foram seleccionadas cinco patologias de maior impacto social: varizes, histerectomia, cirurgia da próstata, artroplastia da anca e cirurgia da catarata.

Criado pelo Despacho do Ministro da Saúde, publicado a 3/1/95, o PERLE teve “(...) por objectivo reduzir ou eliminar de forma coordenada, a nível regional, as listas de espera em serviços hospitalares associadas com patologias de massa com indicação cirúrgica, (...)”.

A grande novidade deste projecto residiu na possibilidade das diversas Administrações Regionais de Saúde (ARS's) poderem contratualizar a prestação de cuidados cirúrgicos com entidades prestadoras não pertencentes ao SNS (privadas).

Cada ARS deveria apresentar um plano regional para a recuperação das suas listas de espera, com indicação das prioridades, montante previsto e plano de execução temporal do projecto. A verba definida para o PERLE seria repartida pelas diversas ARS's em função dos planos apresentados por cada uma e aprovados pelo Ministério.

A partir de 1997, as políticas definidas para a Saúde assentaram na reorganização da oferta dos cuidados de saúde ao nível das ARS's e numa eficiente utilização dos

recursos humanos e tecnológicos existentes dentro do Sistema Nacional de Saúde, com vista a dar resposta aos problemas nesta área.

Neste âmbito e seguindo linhas do PERLE, foram criados ao abrigo de cada ARS projectos hospitalares que visaram a eliminação ou redução das listas de espera.

Contrariamente ao ocorrido no PERLE, a contratualização destes projectos passou a ser feita directamente com os hospitais públicos geradores das listas de espera.

10.2. PPA – Programa para a Promoção do Acesso

Em 1999, os Tempos Clinicamente Aceitáveis para um conjunto de patologias foram estabelecidos por um conjunto de médicos. As patologias seleccionadas foram hérnias e eventrações, colecistectomias, cirurgia vascular arterial, varizes, cirurgia cardiotorácica, hérnia discal, cataratas, retinopatia diabética, prótese da anca, prótese do joelho, adenoma prostático com e sem complicações e qualquer patologia do foro oncológico.

Por Portaria da Ministra da Saúde, publicada a 2/11/1999, o PPA foi criado com vista, “(...) melhoria do acesso dos utentes do Serviço Nacional de Saúde”.

Esta portaria decorre da Lei nº27/99 de 3/5/1999, onde se aprova o Programa especial de acesso aos cuidados de saúde, que “(...) visa assegurar em tempo útil o acesso à prestação de cuidados de saúde pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS)”. Nesta mesma Lei consideram-se, “(...) em lista de espera os utentes em relação aos quais tenham sido excedidos os tempos clinicamente aceitáveis”.

À semelhança do programa anterior, a este programa foi atribuída uma dotação orçamental adicional, e própria para o efeito, devendo cada ARS contratualizar o volume de cuidados com as instituições do Serviço Nacional de Saúde.

Da análise operacional da execução do PPA, e de acordo com o relatório da Direcção-Geral de Saúde (DGS) referente ao ano de 2001, verificou-se que continuava a aumentar o número de cidadãos portugueses que aguardavam a realização de uma intervenção cirúrgica, há mais tempo do que o considerado clinicamente aceitável. De acordo com os elementos oficialmente existentes, em 2001, o número de cidadãos em lista de espera passou de 85339 no mês de Janeiro para 90452 no mês de Dezembro. Neste mesmo ano, apenas foram executadas 23791 das 34925 intervenções cirúrgicas que se

encontravam contratualizadas, valor que correspondia a uma execução na ordem dos 69.6%.

10.3. PECLEC – Programa Específico de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas

Por Resolução do Conselho de Ministros nº100/2002, publicada em 25/5/2002 e actualmente em vigor, foi criado o PECLEC em que, “(...), é assumida a urgência em eliminar, no prazo máximo de dois anos, as listas de espera para a realização de intervenções cirúrgicas através do recurso a entidades públicas, privadas ou sociais prestadoras de cuidados de saúde, no respeito pelo direito de escolha do doente, devendo ser melhorada a eficiência dos recursos do próprio SNS”.

Constatada uma clara insuficiência de resposta do SNS, em prejuízo da saúde dos cidadãos em lista de espera, o Governo adoptou uma postura de reestrutura da política nesta matéria.

Aquele diploma introduz uma grande novidade, dado que propõe “(...) Desenvolver uma leal concorrência entre os sectores público, social e privado de prestadores de cuidados de saúde e um aperfeiçoamento da sua cooperação em rede; (...)”.

Também este programa foi dotado de uma verba orçamental específica, com a especificidade das ARS suscitarem a candidatura de hospitais públicos da sua área, sendo que (...) constitui condição de selecção dos hospitais públicos, bem como dos estabelecimentos privados ou de natureza social que tenham regime de convenção em vigor com o SNS para este tipo de actos médicos, a prévia demonstração de que a adesão ao programa não prejudica a realização integral da sua actividade programada, de acordo com os recursos existentes e com razoáveis padrões de produtividade.”

De referir que, podiam fazer parte destas candidaturas todos os doentes em lista de espera até ao dia 30 de Junho de 2002, isto é, a partir desta data os doentes estavam sujeitos à actividade programada existente nos Hospitais.

O Programa Especial de Combate às Lista de Espera Cirúrgicas – PECLEC é o objecto do nosso estudo pelo que, no Capitulo IV desenvolvemos o programa em pormenor.

CAPITULO III – Enquadramento teórico/Revisão da literatura

1. O Serviço Nacional de Saúde – S.N.S

1.1. Origem e Evolução do SNS em Portugal: breve resenha

O sistema de cuidados de saúde português, foi criado em 1979 e é baseado no Serviço Nacional de Saúde. Este modelo é caracterizado pela cobertura universal da população, por uma generalidade de benefícios, uma taxa de financiamento e por um controlo dos factores de produção.

O Estado tinha um papel secundário na provisão dos cuidados de saúde, preenchendo falhas deixadas pela iniciativa privada e dando prioridade aos serviços preventivos, antes da revolução de 25 de Abril de 1974.

De forma a resolver as lacunas do sector da saúde, em 1971, uma nova lei deu prioridade ao sector público sobre o sector privado como uma forma segura de racionalizar os recursos, dando acesso a toda a população com o estabelecimento de uma primeira geração de centros de saúde, que preparariam um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde.

A Revolução de 25 de Abril de 1974, que marca o fim do regime ditatorial e a origem da Constituição da República Portuguesa em 1976, induz grandes transformações em Portugal.

Logo após este período o Governo transformou as “Misericórdias” capacitadas para o efeito, numa série de hospitais públicos e os hospitais distritais existentes foram na maioria dos casos reconstruídos e melhorados.

Estas novas políticas sociais e a criação do Serviço Nacional de Saúde, assentes na Constituição da República, que a todos os cidadãos garante “o direito à saúde” independentemente da sua condição social, livre de encargos e assegurado por um Serviço Nacional de Saúde universal, era visto como o mais adequado às necessidades existentes da população.

O período em que o Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 56/79 de 15 de Setembro) foi criado em Portugal, caracteriza-se por profundas mudanças aos níveis político, económico e social, período também ele marcado pelo início da democracia e pelo processo da descolonização.

Nos anos que se seguiram o serviço nacional de saúde revelou uma série de limitações, tais como uma situação financeira frágil, uma falta de organização e gestão

apropriada, dificuldade no acesso e fraca eficiência dos serviços de saúde, associados à falta de transparência entre os interesses do sector público e privado.

A par das referidas limitações, tornou-se difícil estabelecer limites na prestação dos cuidados do sector público e privado, fazendo com que os portugueses dispusessem de alternativa ao Serviço Nacional de Saúde. As opções feitas pela prestação de cuidados no sector privado eram normalmente sujeitas a um pagamento de taxas, que viriam a ser reembolsadas parcial ou totalmente pelo Ministério da Saúde ao utente. O Estado estaria assim, a pagar serviços que eram disponibilizados dentro do Serviço Nacional de Saúde.

Concomitantemente, grande parte dos médicos trabalhava tanto no sector privado⁴ como no público, o que resultou numa fraca dedicação ao sector público, onde as remunerações eram mais baixas. Resultando numa insatisfação generalizada no sector público e na percepção de uma maior qualidade nos serviços privados.

O Serviço Nacional de Saúde funciona como qualquer outro departamento governamental. Os seus profissionais de saúde são empregados do sector público, apesar de alguns (normalmente médicos e enfermeiros) trabalharem ao mesmo tempo no sector privado.

A par disto, um relatório da OCDE (1994), constata que em Portugal na década de 1970 dos 8.580 médicos existentes, 5.169 eram clínicos gerais e 3451 eram especialistas, para um total populacional de 8.680.000 pessoas, sendo o rácio aproximado de 1 médico por cada 1.000 habitantes. Dada a insuficiência destes recursos e face à enorme procura de serviços existentes, a classe médica era tida como muito valiosa, ocupando uma posição estratégica muito forte junto do Sistema Nacional de Saúde.

De forma a aumentar a eficiência do Serviço Nacional de Saúde, em 1982, foram estabelecidas 18 Administrações Regionais de Saúde (ARS), correspondendo à divisão administrativa do país em distritos. Os fluxos financeiros provenientes do Ministério destinam-se a implementar as políticas de saúde em cada região. Às ARS's compete a execução da política de saúde: a administração e gestão de serviços; o registo de dados; o controlo e inspecção do exercício profissional; planear e avaliar a prestação de serviços e das actividades de saúde e estabelecer convénios com entidades não integradas no SNS.

⁴ Situação que ainda hoje vigora e decorre do Decreto-lei nº 73/90, de 6 de Março. Um médico não é obrigado a optar pela dedicação exclusiva (42 horas) ao hospital. Caso pratique um horário de 35 horas, pode dedicar-se em simultâneo ao sector privado.

Esta medida revelou-se inapropriada pela dificuldade de coordenação entre o Ministério da Saúde e as 18 ARS's. Em 1993, com o Decreto-lei nº 11/93 de 15 de Janeiro, estabeleceu-se que as 18 Administrações regionais de saúde fossem substituídas por 5 Administrações Regionais de Saúde, subdividindo-as em 18 sub-regiões de saúde.

Assim, em 1993, o Sistema Nacional de Saúde foi reorganizado em cinco regiões de saúde, administradas e geridas com autonomia pelas Administrações Regionais de Saúde, responsáveis por monitorizar o estado de saúde da população, supervisionar os prestadores acima mencionados e contratar recursos, na região de saúde que dirigem.

Com o Governo em funções entre 1985 a 1995, surge a Lei de Bases da Saúde (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto) redefinindo a missão do SNS para um conceito mais amplo do Sistema Nacional de Saúde⁵. Esta Lei incentivou as iniciativas particulares de saúde, cuja orientação e inspecção ficariam a cargo do Ministério da Saúde. Como forma de incentivar esta medida o Governo comprometeu-se em apoiar, “na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde” que desejasse trabalhar no sector privado. De acordo com esta Lei já se evidenciavam algumas medidas previstas no Decreto-lei nº 11/93⁶.

Em 1995 o Governo Socialista procurou uma reforma do sistema de cuidados de saúde. O processo de reforma do Sistema Nacional de Saúde esteve a maior parte das vezes relacionado com os ciclos políticos. De facto, o sector da saúde tem sido visto pelos políticos como uma prioridade. Esta nova evolução dos cuidados de saúde baseou-se nos princípios da “nova gestão pública” e caracterizava-se:

- Pela transformação dos modelos de gestão dos hospitais e dos centros de saúde para um modelo mais flexível e autónomo de gestão, característico das empresas privadas;

⁵Na Base VIII da referida Lei consta que “ Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira a política de saúde é definida e executada pelos órgãos do governo próprio, em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição da República e pela presente lei. A presente lei é aplicável às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, que devem publicar regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde”, daí que as Regiões Autónomas possuam um Serviço Regional de Saúde. Com o presente trabalho não se pretende aludir às especificidades destas regiões, pelo que abordamos a aplicabilidade dos cuidados de saúde no território continental.

⁶ Uma delas conforme já mencionamos foi o estabelecimento de 5 Administrações Regionais de Saúde com grande autonomia: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Estas Administrações Regionais de Saúde são responsáveis pela execução local dos objectivos da política de saúde nacional, permitindo a possibilidade de estabelecerem acordo inter-regionais para utilização de determinados recursos. Outro aspecto importante desta Lei está relacionado com a possibilidade de os médicos que trabalhavam na carreira hospitalar, serem autorizados a assistir, nos hospitais, os seus doentes privados.

- Pela expansão dos sistemas de qualidade com a criação do “Instituto da Qualidade na Saúde”;
- Pela criação de duas novas escolas de medicina e o reforço de novos centros de pesquisa em ciências da saúde com vista a aumentar a qualidade dos recursos humanos nesta área;
- Pela criação das Agências de Contratualização, que eram uma divisão autónoma das ARS, cujo papel era a celebração e monitorização dos contratos com os hospitais e centros de saúde;
- Pela execução de programas com vista reduzir as listas de espera cirúrgicas e a criação do “cartão de utente”, que contém a identificação do utente de forma a apresentar sempre que se desloque a qualquer unidade do SNS.

Mais tarde – 1997, o financiamento hospitalar ganha uma importância significativa. O Orçamento baseado em dados históricos seria agora substituído por um Orçamento de custos versus produção previstos, daí resultarem de uma contratualização⁷.

O financiamento dos gastos no sector da saúde é uma combinação de fontes públicas e privadas, sendo 90% do orçamento do Serviço Nacional de Saúde, financiado pelo Governo Central e os restantes 10% correspondem a receitas do Serviço Nacional de Saúde, de que são exemplo as taxas moderadoras cobradas pelos hospitais.

Contudo, nas duas últimas décadas, os gastos públicos, nomeadamente hospitalares e farmacêuticos tem crescido a ritmo superior aos de outros países. Entre os anos de 1993 e 2002 os gastos excederam em média 7,5% dos orçamentos iniciais (em 1999, 10,8% em 2002, 19,6%)⁸.

Com as eleições de 2002 um novo ciclo político foi iniciado com a mudança de Governo. Este ano foi caracterizado pela elevada incerteza da evolução económica internacional. O Estado é pressionado a cortar a despesa pública (o défice público excedeu o tecto dos 3%, permitido pelo Pacto de Estabilidade e Crescimento), e a implementar reformas estruturais.

A Saúde e a Educação, constituem mais de 60% dos gastos gerais do Estado, sendo o sector da saúde 6,3% abaixo da média da OCDE que é de 6,5%, mas acima da média da Zona EURO que se situa nos 6% (*OCDE 2003e*).

⁷ Aspecto consignado em Lei, mas nunca praticado. Verifica-se que acresce ao histórico numa determinada percentagem.

⁸ Veja-se (*Campos, C. 2003*).

Face a este cenário, o Governo definiu o “Novo Sistema Nacional de Cuidados de Saúde”⁹ a ser implementado entre 2002 e 2006, de forma a reduzir as deficiências existentes.

Conforme desenvolvemos no ponto 1.4, o ano de 2002 marca profundas alterações no Serviço Nacional de Saúde, criando um “*mix*” de serviços de saúde onde as entidades públicas, privadas e sociais coexistem e agem de uma forma integrada, directamente viradas para a necessidade dos usuários dos cuidados de saúde” (*Ministério das Finanças, 2003:33*).

Desta forma, os pacientes poderiam escolher os serviços mais apropriados para preencher as suas necessidades particulares e, de acordo com o Governo, iria melhorar a qualidade¹⁰ do atendimento aos cidadãos com eficiência e humanismo.

1.2. Os Desafios Colocados

“Health System: The people, institutions and resources, arranged together in accordance with established policies, to improve the health of the population they serve, while responding to people's legitimate expectations and protecting them against the cost of ill-health through a variety of activities, the primary intent of which is to improve health. Health systems fulfil three main functions: health care delivery, fair treatment of all, and meeting non-health expectations of the population. These functions are performed in the pursuit of three goals: health, responsiveness and fair financing. A health system is usually organized at various levels, starting at the community level or the primary level of health care and proceeding through the intermediate (district, regional or provincial) to the central level.”¹¹

Perante este conceito, a Organização Mundial de Saúde define um sistema de saúde abrangendo todas as actividades cujo objectivo principal seja promover, restaurar ou manter a saúde.

Os serviços de saúde oficiais, incluindo a prestação de cuidados pelos profissionais de saúde (públicos e privados), os cuidados domiciliários, as actividades tradicionais de saúde pública como a promoção da saúde e a prevenção doenças, e de outras intervenções

⁹ De acordo com o Programa do XV Governo Constitucional.

¹⁰ “A gestão pela qualidade total tem como principal característica direccionar a produção às necessidades do cliente. A satisfação do cliente é o objectivo e a razão de ser da organização” *Rebelo, P. A. P. (1995:36)*.

¹¹ *WHO (2004:31)*.

que se articulam com diversos sectores sociais como o ambiente, os transportes, a educação entre outros, fazem também parte desta definição.

Um sistema de saúde sustentado deve ir ao encontro das necessidades e das expectativas da população em matéria de saúde. De modo a existir uma sustentabilidade razoável na condução das políticas de saúde, um sistema de saúde deve ser dotado de recursos económicos, físicos e de um apoio político e institucional. Deverá ainda estar alicerçado em objectivos gerais e funções específicas. A correcta integração e administração do sistema de saúde (liderança ministerial) determinam a sua performance¹².

Hoje, a saúde é encarada como um sistema, com diversos níveis de intervenção, com organização específica a cada nível, com modelos de financiamento adequados, com métodos de avaliação específicos e objectivos que se relacionam com a eficácia¹³, eficiência¹⁴ e qualidade¹⁵ dos cuidados de saúde prestados. As actividades inerentes a um sistema de saúde destinam-se a promover¹⁶, restaurar ou manter a saúde e estas só serão efectivas se tiverem como suporte um sistema de informação que permita disponibilizar, quando necessário, um conjunto de dados (económicos, financeiros, epidemiológicos, etc.).

¹² Veja-se o relatório da OCDE (2004c).

¹³ “Increasing the effectiveness of health-care systems in accomplishing their intended functions is a growing priority for policy makers in many countries. The notion of effectiveness encompasses a broad and growing number of dimensions, reflecting increasing expectations in many countries that health systems must do more than just improve population health and reduce disability. Notably, many countries include in their assessment of system effectiveness the extent to which systems result in an acceptable level of consumer and patient satisfaction” (OECD2003c:16).

¹⁴ Os sistemas públicos integrados tal como o de Portugal, enfrentam problemas de ineficiência e baixa responsabilidade para com as necessidades dos utentes. Em particular, os fracos orçamentos e a falta de gestão autónoma e de responsabilidades, tende a exacerbar as ineficiências do Serviço Nacional de Saúde, proporcionando fracos incentivos à produtividade e à qualidade.

¹⁵ “There are many different definitions of quality in health care. The characteristics emphasized vary according to the perspectives of the different stakeholders involved in crafting the definition and in determining how the definition is to be used (Reerink, E. 1990; Palmer, R. H. 1991). Definitions of quality of care include such characteristics as efficiency, efficacy, effectiveness, equity, accessibility, comprehensiveness, acceptability, timeliness, appropriateness, continuity, privacy and confidentiality. Other attributes that have been used to describe quality health care include provisions of education for the patient and family about pertinent health issues, inclusion of the patient and family in treatment planning and decision-making and patient satisfaction.” (WHO 2000c:3).

¹⁶ A primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizou-se em Ottawa em 21 de Novembro de 1986, onde foi aprovada a conhecida “Carta de Ottawa” que contém as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes. Esta carta baseia-se em progressos decorrentes da Declaração sobre os “Cuidados de Saúde Primários de Alma-Ata” e no documento “As Metas da Saúde para Todos” da Organização Mundial de Saúde bem como no debate realizado sobre a acção intersectorial para a saúde, realizado na Assembleia Mundial da Saúde. Também a resolução WHA51.12, que decorre da 51ª Assembleia Mundial de Saúde realizada em Genebra no Ano de 1998, exorta os Estados Membros a promover a responsabilidade social pela saúde, aumentar os investimentos para o desenvolvimento da saúde, fomentar as parcerias em favor da saúde e adoptar uma abordagem fundamentada em dados comprovados para a política e prática da promoção da saúde. Esta resolução exorta as organizações do sistema das Nações Unidas a mobilizar os Estados Membros e formar redes mundiais, regionais e locais de promoção da saúde.

A necessidade de desenvolver sistemas de informação e monitorização não só para apoio à decisão médica, aos procedimentos administrativos e à prática de gestão de recursos e organização de serviços, mas que permitam também accionar sistemas de supervisão do funcionamento e desempenho dos sistemas de saúde¹⁷.

Também os processos racionais de gestão estão cada vez mais na base dos sistemas de saúde, pois permitem a mobilização adequada de recursos, bem como a organização da produção dos cuidados, evidenciando a importância de instrumentos de avaliação.

Na esteira destas definições o Serviço Nacional de Saúde (SNS) surge, assim, como conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. O SNS abrange ainda os estabelecimentos privados e profissionais de saúde em regime liberal, com os quais tenham sido celebrados contratos ou convenções, que garantam o direito de acesso dos utentes em moldes semelhantes aos oferecidos pelos SNS.

Nos termos da Lei de Bases da Saúde (Lei nº48/90 de 24 de Agosto), cabe ao cidadão um papel fundamental na promoção da saúde e no desenvolvimento do sistema de saúde que o serve, o Estado assume aqui também o financiamento das instituições de saúde e afirma numa primeira fase a total gratuitidade do sistema, e com a publicação da Lei de Bases da Saúde a prestação de cuidados, tendencialmente gratuita.

O Sistema de Saúde Português adoptou como sendo os seus objectivos base, os mesmos indicados pela Organização Mundial de Saúde, que referem como pontos supremos de alcance: mais saúde; melhores serviços; e mais justiça na contribuição financeira.

Relativamente ao Estado da Saúde, o *World Health Report (WHO 2000b)*, salienta que Portugal se encontra longe das melhores qualificações na concretização dos objectivos preconizados, colocando ao Serviço Nacional de Saúde uma série de desafios:

1. Na promoção da saúde e prevenção da doença.

Em Portugal têm-se assistido a efectivos ganhos em saúde, persistindo, ainda, níveis elevados de morbilidade e mortalidade antes dos 65 anos, associados a acidentes, tumores malignos e suicídio por distúrbios mentais, entre outros.

¹⁷ Tal como o Relatório Mundial de Saúde de 2004, a informação pontual e precisa em saúde, é fundamental na condução da política, no planeamento, na implementação e na avaliação dos programas de saúde.

Estes indicadores apontam para a necessidade de valorização de estratégias activas de promoção da saúde e prevenção da doença.

2. Na melhoria da saúde.

Relaciona-se também com o princípio da universalidade e generalidade, que pressupõe que todos os cidadãos, sem excepção, estejam cobertos por esquemas de promoção e protecção da saúde e por serviços prestadores de cuidados, assim como todos tenham direito a todo o tipo de cuidados de saúde.

Porém, o Serviço Nacional de Saúde, subsistema básico da saúde em Portugal, não tem capacidade para dar cobertura a um conjunto vasto de prestações básicas, tais como a oferta de cuidados em algumas áreas. Existem, de facto, áreas da saúde em que o SNS não está suficientemente desenvolvido de forma a dar cobertura a todos os cidadãos.

A Estomatologia é um bom exemplo, dado que a maioria dos cuidados dentários é prestada em regime privado, coexistindo subsistemas que concedem uma cobertura, ainda que parcial, aos seus aderentes, o que na prática, pode sugerir discriminações em termos de universalidade e de generalidade dos cuidados.

Igualmente o grau de concretização deste objectivo pode ser analisado através do estado de saúde dos portugueses, que está associado e corresponde ao grau de desenvolvimento do país. Quando comparado com 191 países, Portugal situa-se em 27º no que se refere ao desenvolvimento humano e em 29º, quando é avaliado o estado de saúde (*WHO 2000b*).

3. Adequar a resposta às expectativas da população.

Em termos de saúde, é um objectivo complexo e só realizável com a participação de todos neste processo.

Podemos avaliar este objectivo através do nível e distribuição desta resposta em cada país. Em Saúde, uma melhor resposta liga-se directamente com a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Por sua vez, a equidade refere-se aos recursos que devem ser igualmente distribuídos entre todos os indivíduos ou grupos sociais, pressupondo a existência de recursos iguais para necessidades iguais e recursos diferentes para necessidades diferentes.

Como iremos ver mais adiante, este conceito tem em saúde um valor predominantemente ético e social.

Os desequilíbrios económicos e sociais resultantes da iniquidade do Sistema de Saúde são visíveis, assim como os respectivos custos incalculavelmente elevados. O princípio da equidade, assenta na gratuitidade tendencial do nosso Serviço Nacional de Saúde, onde todos têm acesso aos serviços públicos de saúde.

Contudo, existem serviços do Estado em que o acesso não é igual para todos, não se processando da mesma forma. São exemplos disso, os serviços de saúde militares, reservados aos membros das forças armadas e militarizadas e familiares, que não estando o país em situação de guerra, possuem este tipo de selectividade.

Outro aspecto que fragiliza este objectivo é o facto dos subsistemas¹⁸ de saúde conferirem aos beneficiários em geral, mais hipóteses de escolha e reembolsos mais generosos. Assim, a existência em simultâneo do acesso ao Serviço Nacional de Saúde e a subsistemas, proporciona no sistema de saúde uma discriminação clara¹⁹.

Se avaliarmos o cumprimento deste objectivo em termos de resposta em serviços de saúde, verificamos que este se relaciona com o grau de desenvolvimento do país.

Concretizando, verifica-se que Portugal ocupa o 38º lugar, comparativamente com 191 países. Trata-se de um lugar substancialmente abaixo do nível de desenvolvimento do país e entre os piores relativamente aos países desenvolvidos (*WHO 2000b*).

¹⁸ Além do Serviço Nacional de Saúde, existem vários subsistemas (ADSE, ADMFA, SAMS, etc.) de saúde financiados pelos contribuintes sociais, que cobrem cerca de um quarto da população portuguesa. As pessoas abrangidas por esses subsistemas, normalmente têm também acesso ao serviço nacional de saúde. De facto, um quarto da população beneficia do dobro ou mesmo do triplo da cobertura, proporcionada pelos recursos oferecidos pelos subsistemas.

¹⁹ O próprio sistema de financiamento dos hospitais gera este tipo de disfunções. De acordo com a Portaria nº 132/2003 de 5 de Fevereiro que “determina que os preços a cobrar pelos cuidados prestados no quadro do Serviço Nacional de Saúde são estabelecidos por portaria do Ministro da Saúde tendo em conta os custos reais e o necessário equilíbrio de exploração” tem um âmbito de aplicação aos “subsistemas de saúde cujos beneficiários a eles recorram, bem como a quaisquer entidades, públicas ou privadas, responsáveis pelos respectivos encargos”. Verifica-se assim, a existência de uma tabela de preços de acordo com os Grupos de Diagnóstico Homogêneos que financiam o tratamento de doentes dos subsistemas. Contudo, o financiamento hospitalar pela prestação de cuidados aos doentes do SNS decorre de Contratos Programa onde são fixados valores para cada tipo de actividade, incluindo o internamento. Os preços contratualizados ficam aquém desta Portaria e são fixos independentemente das patologias tratadas. Uma vez que a referida Portaria tem “em conta os custos reais e o necessário equilíbrio de exploração” para um tipo de beneficiários deveria utilizar o mesmo critério para doentes do SNS. O tratamento dos doentes não é efectuado de diferentes maneiras se estivermos perante doentes dos Subsistemas ou do SNS. Julgamos desde logo, que existe também aqui um factor de discriminação que poderá traduzir-se na preferência no tratamento de doentes beneficiários dos subsistemas. Este financiamento desigual, apela a uma reflexão quanto ao deficit do sector da saúde e em especial dos hospitais.

4. Mais justiça na contribuição financeira.

Uma contribuição financeira socialmente mais justa para a saúde e uma solidariedade no financiamento, são premissas inerentes ao objectivo de garantir a justiça na contribuição financeira.

A solidariedade nos Sistemas de Saúde deriva do facto da saúde ser encarada como um bem social ou colectivo, que pressupõe o benefício de todos, quando outrem recebe cuidados de saúde (preventivos ou curativos). Este facto assume uma forma pública e universal e é regido por mecanismos políticos, que condicionam as próprias opções dos indivíduos, de modo a tratar-se, não de uma solidariedade imediata, mas uma solidariedade obrigatória garantindo, em nome do bem público, através da participação daqueles que mais podem, cuidados de saúde para todos.

Deste modo, o financiamento do Serviço Nacional de Saúde através dos impostos pagos com base nos rendimentos das famílias e empresas e com utilização tendencialmente gratuita, pretende que aqueles que mais rendimentos usufruem, paguem mais para o Serviço Nacional de Saúde e os mais carenciados menos contribuam.

Em Portugal, a maior propensão ao consumo de cuidados é gerado nas famílias com rendimentos relativamente elevados, onde muitas vezes são problemas extra-clínicos que determinam a prioridade de utilização. Ainda relacionado com a questão do financiamento da saúde, está o aumento as despesas privadas ou directas dos cidadãos portugueses na última década. Isto significa que o doente cada vez mais paga os cuidados de saúde que recebe, não existindo assim uma protecção dos rendimentos dos mais doentes ou mais pobres.

Ao avaliar-se a concretização deste objectivo em termos de justiça da contribuição financeira, Portugal em comparação com 191 países europeus situa-se em 60º, significativamente abaixo do nível de desenvolvimento do país e situado entre os piores relativamente aos países desenvolvidos (*WHO 2000b*).

Em Portugal tem existido algum pensamento estratégico em saúde.

Devem ser os próprios Sistemas de Saúde que devem conduzir às reformas necessárias, preferencialmente em paralelo com outras reformas gerais da sociedade, nomeadamente a reforma da administração pública.

A necessidade da existência de compromissos públicos na operacionalidade das orientações gerais, que permitam posteriormente uma avaliação e a correcção de possíveis disfunções, é hoje uma exigência.

1.4. A Reforma do Sistema dos Cuidados de Saúde em Portugal

Desde os meados dos anos 90, algumas reformas no sector da saúde têm sido gradualmente introduzidas dando o seu contributo na evolução do Sistema Nacional de Saúde. Contudo o seu sucesso ficou aquém das expectativas.

Em 2002 foi lançada uma reforma ambiciosa, introduzindo novas formas de gestão com vista a aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, contrastando com situações anteriores de reformas que nunca chegaram a ser implementadas.

A nova legislação aprovada inclui a separação das funções de regulação, financiamento e prestação dos serviços de saúde. Coloca em vigor novos modelos de financiamento e orçamentos com novas regras, introduz incentivos à produtividade, a responsabilização dos gestores e introduz mecanismos de garantia da qualidade. Cria, ainda, a possibilidade do sector privado ter um papel maior na prestação de serviços e promove o desenvolvimento dos medicamentos genéricos.

De seguida procuraremos esboçar os aspectos principais desta reforma.

1. No âmbito da gestão Hospitalar.

Assim, os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde passam a revestir uma das seguintes figuras jurídicas²⁰:

a) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA).

Os Hospitais Sociedades Anónimas²¹, aspecto mais saliente da reforma do sector de hospitalar, correspondem à transformação de 34 hospitais públicos em 31 Sociedades

²⁰ Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.

²¹ A transformação dos Hospitais em Sociedades Anónimas foi obtida por Decreto-lei individualmente para cada hospital nos dias 9 e 10 de Dezembro de 2002. Os Hospitais, S.A: são empresas de utilidade pública em que o Estado é o accionista exclusivo. Foram criados pela transformação de 34 hospitais públicos, com uma dívida inferior a 35% da despesa total e tendo demonstrado alguma competência de gestão. Estas empresas de utilidade pública dispõem de um capital próprio (calculado por uma capitalização que representa cerca de 1% do PIB), assumindo todos os activos e passivos das unidades públicas anteriores. São dotados de autonomia financeira e administrativa. O novo regulamento permite contrair empréstimos até 10% do Capital Social (quando superior carece de autorização da Assembleia Geral), fixando neste caso um limite máximo de endividamento de 30% desse mesmo capital social.

Anónimas de capitais exclusivamente públicos que começaram a operar em Dezembro de 2003.

A transformação destes hospitais decorreram de programas piloto que deram uma maior autonomia de gestão a alguns hospitais públicos. Estando criada uma separação funcional entre o financiador (que passa a ser um cliente) e a entidade prestadora de cuidados de saúde. São estabelecidos os Contratos Programa²² plurianuais com a participação do Instituto de Gestão Financeira e Informática (IGIF), onde são fixados objectivos quantitativos e qualitativos e as necessidades de investimento.

Os pagamentos são baseados em níveis de produção contratados, onde 10% destes níveis são pagos a um custo marginal²³. Os preços de referência baseiam-se nas estimativas do volume de negócios, ajustados por um índice de *case mix* (complexidade de patologias), pesado de acordo com o nível de sofisticação tecnológica de cada hospital.

O pessoal contratado a partir de Dezembro de 2003, fica sujeito aos contratos individuais de trabalho, enquanto as pessoas pertencentes aos quadros de pessoal foi-lhes oferecida a possibilidade em optar pelos contratos individuais de trabalho ou de manterem o seu estatuto até à extinção do lugar²⁴. A nova lei incumbe o Conselho de Administração de definir a política de pessoal, cuja execução dá prioridade à criação de incentivos ao bom desempenho das funções.

Os Hospitais S.A., não representam nenhuma forma de privatização em sentido próprio, visto que tanto a sua propriedade como a prestação dos cuidados de saúde permanecem no sector exclusivamente público. Os hospitais SA continuam tão públicos como os hospitais que ainda mantêm o estatuto tradicional de estabelecimentos públicos.

Os Hospitais Empresa só implicam a "privatização" da forma de gestão, que adopta métodos idênticos aos da gestão empresarial privada. Pelo que, faz algum sentido dizer, que os Hospitais S.A., similarmente às empresas do sector privado, terão que possuir uma visão estratégica baseada em elementos tais como a eficiência, eficácia, qualidade, preço entre muitos outros aspectos.

²² Os contratos programa referem-se apenas à prestação de cuidados de saúde a doentes do Sistema Nacional de Saúde. A negociação dos cuidados prestados a doentes dos restantes subsistemas é efectuada separadamente.

²³ O custo marginal representa o acréscimo de custo que se verifica quando é produzida uma unidade de bem.

²⁴ Previsto no Decreto-Lei de cada Hospital transformado em Sociedade Anónima. Por exemplo o Hospital Infante D. Pedro é transformado em Sociedade Anónima pelo Decreto-Lei nº 272/2002, de 9 de Dezembro.

A par dos Hospitais S.A, surge a Missão Hospitais SA (Unidade de Missão) constituída formalmente a 17 de Janeiro de 2003 através da Resolução nº 15/2003²⁵ do Conselho de Ministros com a incumbência de apoiar o processo de “empresarialização hospitalar”. A Unidade de Missão desenvolve a sua actividade na dependência directa dos Ministros da Saúde e das Finanças e actua a quatro níveis:

- Coordenação dos processos de lançamento e implementação dos Hospitais S.A. e de apoio à gestão accionista (Estado);
- Apoio aos hospitais nos processos de contratação e desenvolvimento dos seus planos de actividade;
- Promoção do lançamento de formas inovadoras de gestão dos serviços e de melhoria da articulação com outras unidades de prestação de cuidados de saúde;
- Proposta de políticas gerais de melhoria, orientação estratégica e técnica sobre a política de recursos humanos, e oportunidades de prestação de serviços partilhados às diferentes unidades.

Decorridos dois anos e alguns meses após a regulamentação dos Hospitais S.A., o actual Governo cria a Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedades Anónimas²⁶. Trata-se de uma estrutura de missão que funciona na dependência do Ministro da Saúde, criada com o objectivo de proceder à avaliação da experiência dos hospitais que foram convertidos em sociedades anónimas e apresentar as propostas das medidas necessárias à revisão do respectivo modelo económico e organizacional.

- b) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (EPE).

Em Junho de 2005, o XVII Governo Constitucional transformou todos os Hospitais S.A. em entidades públicas empresariais (EPE)²⁷. As diferenças não têm a ver com a natureza empresarial (que ambos têm), mas somente com a natureza do seu capital, com a forma de controlo governamental e com o tipo de controlo financeiro a que estão sujeitos.

- c) Estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial (SPA).

²⁵ Mandato prorrogado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2005, de 19/01.

²⁶ Criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2005, de 27 de Abril.

²⁷ Decreto-Lei nº 93/2005, de 7 de Junho e Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro.

Hospitais do Sector Público Administrativo²⁸, são estabelecimentos públicos com autonomia administrativa e financeira, regulamentados pelo Direito Administrativo.

A modernização da gestão dos restantes 51 hospitais públicos é essencial para evitar a criação do sistema a duas velocidades.

Esta modernização começou em Agosto de 2003²⁹, com a adopção de novas regulações que experimentam replicar tanto quanto possível, o Hospital S.A. e a sua experiência neste tipo de Hospitais.

A gestão dos Hospitais SPA observa princípios específicos:

- Garantir uma eficiente utilização da capacidade instalada, com o aproveitamento dos equipamentos e infra-estruturas existentes;
- Elaborar planos anuais e plurianuais e celebração de contratos-programa com a administração regional de saúde (ARS) a que cada hospital pertence, acordando com a tutela os objectivos a atingir, os indicadores de actividade que permitam aferir o desempenho das respectivas unidades e equipas de gestão;
- Avaliar os órgãos de administração, os directores dos departamentos e de serviços e dos restantes profissionais, com base no mérito do seu desempenho, aferindo igualmente a eficiência demonstrada na gestão dos recursos e a qualidade dos cuidados prestados aos utentes;
- Promover incentivos com vista a apoiar e estimular o desempenho dos profissionais, com base nos ganhos de eficiência conseguidos, melhoria das condições de trabalho, participação em acções de formação e estágios, apoio à investigação e em prémios de desempenho;
- Articular as funções da prestação de cuidados com as de gestão de recursos em torno dos directores de departamento e de serviço, reconhecendo para isso, a autonomia na organização do trabalho e os inerentes poderes de direcção e disciplinar sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional;
- Possibilitar cessão de exploração ou subcontratação, de um centro de responsabilidade, ou de um serviço de acção médica quando a garantia da satisfação dos utentes de acordo com padrões de qualidade e a preços competitivos o justifique.

²⁸ De acordo com a Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro.

²⁹ Regulamentados pelo Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto.

Do total dos Hospitais SPA, 15 são hospitais piloto, onde foram implementados indicadores de “performance”, semelhantes aos usados nos hospitais S.A., bem como o desenvolvimento de métodos de gestão, consentâneos com os objectivos definidos.

2. No âmbito das Parcerias Público-Privadas

As Parcerias Público-Privadas adiante designadas por PPP, são estabelecimentos públicos dotados de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, sujeitos a contratos de gestão privada de acordo com as leis do Direito Administrativo.

A reforma do sector hospitalar também prevê a criação de dez hospitais em PPP's.

As Parcerias Publico-Privadas (PPP) na saúde foram regulamentadas, pelo Decreto-Lei 185/2002, publicado em 20 de Agosto de 2002. De acordo com o artº 8º daquele decreto-lei o contrato de gestão de uma PPP “tem por objecto principal assegurar as prestações de saúde promotoras, preventivas ou terapêuticas correspondentes ao serviço de saúde (nº1) e “pode ainda ter por objecto a concepção, construção, financiamento, conservação e exploração do estabelecimento, ou de parte funcionalmente autónoma”. Isto significa que com base em dois contratos de gestão o Estado pode entregar a um grupo económico privado tudo, ou seja, a concepção, a construção, financiamento, conservação e exploração de uma unidade de saúde e os próprios cuidados de saúde.

Em 2003 o Governo define normas especiais aplicáveis às parcerias Público-Privadas³⁰ e segundo os seus planos, até 2008 entrariam em funcionamento 10 novos hospitais em regime de Parcerias Público-Privadas. Destes 10 Hospitais, dois são novos hospitais – Loures e Sintra – sendo os restantes hospitais uma substituição de outros existentes (Cascais, Vila Franca de Xira, Braga, Évora, Gaia, Póvoa/Vila do Conde, Algarve e Guarda). Em 2003 foi lançado o concurso para o Hospital de Loures.

A única experiência prévia de um PPP no sector de Saúde em Portugal começou, em 1995 com o Hospital Amadora Sintra.

Pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16/11, é criada uma estrutura de missão denominada "Parcerias da Saúde" destinada a desenvolver e

³⁰ Pelo Decreto-Lei nº 86/2003, de 26 de Abril onde “Entende-se por parceria Público-Privada o contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma actividade tendente à satisfação de uma necessidade colectiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado”.

implementar no sector da saúde experiências inovadoras de gestão, designadamente parcerias Público-Públicas e Público-Privadas, aplicando-as aos estabelecimentos hospitalares e ao universo de unidades de prestação de cuidados primários e cuidados continuados de saúde. Esta estrutura coordenada pelo Prof. Doutor Jorge Abreu Simões, foi reconduzida pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004, de 21/07.

3. No âmbito das Listas de Espera Cirúrgicas

As reformas implementadas no sector da saúde contemplam igualmente uma estratégia para obter resultados rápidos e visíveis, no âmbito das listas de espera cirúrgicas. Inclui a criação de um programa especial para eliminar dentro de dois anos, as listas de espera para cirurgia – PECLEC.

Este Programa que sucede ao PERLE (Programa Especial de Combate às Listas de Espera), foi concebido com um carácter temporário para fornecer uma resposta rápida e eficiente às situações emergentes e críticas dos utentes.

Numa tentativa de continuidade da resolução das cirurgias inscritas implementou-se o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia – SIGIC.

As listas de espera cirúrgicas foi o tema que escolhemos para elaborar o presente trabalho, pelo que faremos o desenvolvimento desta temática mais adiante.

Importa, no entanto, reter que os sucessivos programas de recuperação das listas de espera se inserem num conjunto de reformas implementadas.

4. No âmbito dos cuidados continuados

Os cuidados continuados (longo termo) estão insuficientemente desenvolvidos em Portugal por terem longamente sido negligenciados³¹.

Os cuidados continuados tem maioritariamente a ver com as pessoas idosas, mas também com pessoas que sejam vítimas de acidentes, que sofrem de doenças crónicas, degenerativas ou outras condições físicas ou psicológicas que carecem de cuidados continuados.

³¹ Pelo Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social n.º 407/98 de 18 de Junho dá-se início à intervenção coordenada na área do apoio social e dos cuidados continuados de saúde. Mais tarde o Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social n.º 360/99, permitiu criar um grupo de trabalho para estudar e propor medidas para valorização e incentivos na prestação de cuidados no domicílio a pessoas dependentes.

O insuficiente desenvolvimento destes serviços está relacionado com o papel tradicional desempenhado pelas famílias em Portugal, comparativamente aos países do Norte da Europa, que providenciam este tipo de cuidados.

No entanto, os padrões familiares têm-se modificado criando necessidades a longo termo de cuidados continuados³². Por ausência de infra-estruturas apropriadas, os mais idosos tendem a procurar assistência junto dos hospitais, bloqueando as camas que poderiam ser utilizadas para cuidados programados³³.

Em 2000, o Governo aprovou a norma nacional de qualidade para casas de saúde para idosos, conjuntamente com a aprovação de um plano nacional de acreditação das instituições de cuidados continuados (Plano Avô), e ainda um plano de suporte privado e social, procurando implementar infra-estruturas e formar pessoas destas instituições.

Objectivando a melhoria dos cuidados continuados³⁴, o Governo criou uma rede Nacional de Cuidados aprovada em 2002³⁵, “Constituída para o efeito por todas entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem...”. Esta rede de trabalho ergue-se pela contratação de entidades privadas de solidariedade social, em particular as Misericórdias.

³² É um dado adquirido que no domínio dos cuidados de saúde as necessidades da população estão em plena mutação tornando premente a necessidade de adaptar os serviços de saúde às necessidades específicas dos clientes, colocando-se cada vez mais a tónica dos cuidados de saúde na promoção da saúde, na prevenção da doença e acidentes, nos cuidados de (re) adaptação e suporte.

³³ Por norma este tipo de doentes é internado nos Serviços de Medicina Interna, provocando distúrbios em termos de demora média e taxa de ocupação destes Serviços. O desperdício da cama hospitalar tem custos muito elevados.

³⁴ Também o Terceiro Quadro Comunitário de Apoio prevê a criação e adaptação de unidades de prestação de cuidados de saúde. Os projectos a abranger deverão visar um ou mais dos seguintes tipos de cuidados de saúde: cuidados de saúde continuados no domicílio, incluindo reabilitação, cuidados paliativos e terminais; intervenções especializadas de apoio às equipas de saúde que prestam cuidados continuados na comunidade - tanto na assistência aos doentes com incapacidade e dependência física e funcional marcadas, como na reabilitação e nos cuidados paliativos e terminais; cuidados de saúde em unidades de internamento e residenciais de estadia média e prolongada - como alternativa ao internamento em unidades vocacionadas para cuidados em internamento de curta duração (“hospitais de doença aguda”); cuidados de saúde familiar (incluindo cuidados no domicílio) - integrando cuidados de medicina geral e familiar e cuidados de enfermagem, em áreas geográficas carenciadas; meios complementares de diagnóstico e terapêutica em áreas geográficas carenciadas.

³⁵ Criada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 59/2002. A Rede de Cuidados Continuados em Saúde é regulamentada pelo Decreto-Lei nº 281/2003 de 8 de Novembro.

Não existem estimativas dos encargos com a formação desta rede de trabalho, nem com o incremento dos cuidados continuados. Os seus custos estão, contudo, associados ao envelhecimento da população portuguesa.

Recentemente, para uma obtenção mais rápida de ganhos de saúde junto desta população, o Governo procurou garantir a prática integrada dos cuidados continuados, promovendo a criação de Serviços Comunitários de Proximidade (SCP) e a indispensável articulação entre centros de saúde, hospitais, unidades de cuidados continuados, unidades de cuidados paliativos e serviços e instituições de apoio social³⁶.

5. No sector farmacêutico

No quadro destas reformas, insere-se ainda o sector farmacêutico, em concreto, os medicamentos usados pelos hospitais e os que são vendidos em farmácias.

Os medicamentos usados pelos hospitais do Serviço Nacional de Saúde são financiados pelos orçamentos hospitalares e representam cerca de 40% dos gastos do Serviço Nacional de Saúde em medicamentos.

O Serviço Nacional de Saúde procede ainda ao reembolso a pacientes pela compra de medicamentos prescritos quer no SNS quer no sector privado³⁷.

O mercado farmacêutico é caracterizado pela liberdade de prescrição dos médicos, largamente desregulado pelos preços dos medicamentos, e caracterizado pelo poder monopolista dos farmacêuticos. A introdução de produtos genéricos é baixa, comparativamente aos países da OECD³⁸, reflectindo este facto a existência de poucos incentivos à produção e ao uso de medicamentos genéricos.

Os encargos nesta área cresceram fortemente de 1991 a 2001. Foram lançados programas, promovendo o uso racional dos medicamentos, mudando os preços dos medicamentos e sistema de reembolso em concordância com a indústria farmacêutica. Contudo, estas medidas não têm sido suficientes, e verifica-se um crescente nível de consumo associado à procura voluntária dos pacientes (resultante de factores culturais) e

³⁶ Os Serviços Comunitários de Proximidade decorrem da Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/ 2005.

³⁷ O pagamento às farmácias pelo SNS, está sob a responsabilidade das A.R.S., com os Centros de Saúde e os Hospitais a desempenhar um papel intermédio na prescrição que é efectuada pelos Médicos Hospitalares e pelos Médicos de família. O reembolso das prescrições farmacêuticas do sector privado correspondeu em 2001 (*IGIF2001*) a 18,1% do mercado farmacêutico. O *INFARMED* criado em 1993 é responsável pela regulamentação farmacêutica e está encarregado de decidir quais dos novos produtos são reembolsáveis, tal como assegurar a qualidade, segurança e eficácia dos fármacos.

³⁸ OCDE (2003a).

um abuso na prescrição por parte dos médicos (os médicos não têm incentivos para limitar a prescrição de receitas), ver *Oliveira e Pinto (2003:3)*.

Outra questão pertinente é a falta de competição no sector farmacêutico. Em Portugal a aquisição de medicamentos só pode ser efectuada junto das farmácias. A sua localização e o número estão fortemente regulados, provocando um monopólio sobre uma certa área geográfica.

Ainda que acompanhados de aumentos de produção (em consultas externas, em internamentos e em doentes atendidos nos serviços de urgência), verifica-se igualmente um crescente aumento de encargos deste sector nos hospitais, o que requer a existência de adequadas políticas do uso e prescrição de medicamentos, que só são possíveis se existir um compromisso por parte dos médicos.

No âmbito da reforma deste sector, pretende-se criar prescrições mais racionais, a par da responsabilização dos profissionais de saúde.

Uma mudança da política do medicamento de forma a reduzir os gastos³⁹ em medicamentos foi aprovada em 2002⁴⁰, e parece ter começado a produzir efeitos.

Assim a partir de 2003 “A prescrição de medicamentos contendo substâncias activas para as quais existam medicamentos genéricos autorizados é efectuada mediante a indicação da denominação comum internacional (DCI) ou do nome genérico, sendo admitido a seguir a essa indicação o nome de marca do medicamento...” tanto os médicos como os farmacêuticos passam a ter que “obrigatoriamente” informar o utente da existência dos medicamentos genéricos comparticipados pelo SNS, incluindo o esclarecimento dos preços de ambos. Por outro lado é aplicado “O sistema de preços de

³⁹ Mudanças operadas pelos Decreto-lei nº 270/2002, de 2 de Dezembro que estabelece o sistema de preços de referência para efeitos de comparticipação pelo Estado no preço dos medicamentos e Decreto-lei nº 271/2002, de 2 de Dezembro que aprova medidas de racionalização da política do medicamento no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

⁴⁰ “De facto, é crescente a expressão dos genéricos no mercado português. Nos primeiros quatro meses de 2005, o valor acumulado foi de 122,7 milhões de euros, o que corresponde a uma quota de mercado de 12%. As perspectivas mundiais apontam para que em 2007, a quota atinja os 15,5%, sendo responsável por um volume de negócios de 570 milhões de euros, prevendo-se que em 2010 as vendas equivalem a 46%, com os medicamentos de marca a representarem 54% do total do mercado. Além de um aumento da quota de mercado, utentes e Estado beneficiaram com a sua venda, principalmente o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que só em 2004, conseguiu poupar mais de 135 milhões de euros. A expansão rápida dos genéricos, colocou Portugal do fim da tabela, para a sétima posição da lista dos países europeus com maior sucesso na implementação destes medicamentos, estando numa posição privilegiada para responder de forma eficiente ao novo quadro legal a entrar em vigor no final do ano” (*Carvalho, R. 2005, Junho 21:8*).

referência⁴¹ aos medicamentos comparticipados incluídos em grupos homogéneos e que sejam prescritos e dispensados no âmbito do SNS”

Uma nova forma standardizada de prescrever a receita é adoptada com a prescrição por via electrónica⁴², impondo regras em relação ao número de produtos prescritos.

No que se refere aos hospitais, o Governo implementou a reorganização da farmácia hospitalar (FH)⁴³ que surge como uma medida estruturante destinada a otimizar a intervenção agregadora das medidas de política do medicamento.

Esta medida pretende dotar o Plano de Farmácia Hospitalar de uma estrutura de projecto que agilize os procedimentos, clarifique a atribuição das responsabilidades específicas de cada um dos departamentos competentes do Ministério da Saúde, implemente um mecanismo de recolha de informação sobre a prescrição e utilização de medicamentos em ambiente hospitalar, defina um quadro de referência integrado, a adoptar na construção e instalação de futuros estabelecimentos hospitalares e na remodelação dos actualmente existentes, em matéria de farmácia hospitalar.

Em 2004 são regulamentadas as comissões de farmácia e de terapêutica dos hospitais do sector público administrativo⁴⁴ visando enquadrar as competências, composição e o modo de funcionamento das comissões de farmácia e terapêutica. Trata-se de uma medida que garanta um maior rigor e segurança na prescrição farmacológica e acautele a sustentabilidade da despesa.

A todos os prescritores dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde, incluindo hospitais S.A., torna-se obrigatória a utilização do Formulário Nacional de Medicamentos⁴⁵. Esta medida pretende funcionar como um instrumento de trabalho para o médico prescritor, fornecendo-lhe, numa perspectiva de orientação e disciplina terapêutica, a informação necessária, de forma clara e isenta.

⁴¹ O preço de referência é o valor sobre o qual incide a comparticipação do Estado nos preços dos medicamentos incluídos em cada um dos grupos homogéneos, de acordo com o escalão ou regime de comparticipação que lhes é aplicável. Por grupo homogéneo entende-se o conjunto de medicamentos com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias activas, forma farmacêutica, dosagem e via de administração, no qual se inclua pelo menos um medicamento genérico existente no mercado.

⁴² Portaria nº 1501/2002, de 12 de Dezembro, que aprova o modelo de receita médica destinado à prescrição de medicamentos incluindo a de medicamentos manipulados.

⁴³ O Plano da Farmácia Hospitalar é aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 128/2002, de 12 de Novembro.

⁴⁴ As comissões de farmácia e de terapêutica são criadas pelo Despacho nº 1083/2004, de 1 de Dezembro.

⁴⁵ O Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos é criado pelo Despacho nº 13885/2004, de 25 de Junho.

6. Na regulação do sector da saúde

A reforma do sector da saúde impôs também a criação da Entidade Reguladora da Saúde adiante designada ERS, aprovada em Novembro de 2003⁴⁶.

Esta entidade visa a regulação e supervisão do sector e assenta nos princípios de separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e de financiador.

A nova entidade é constituída por um corpo público com autonomia administrativa e financeira.

A Entidade Reguladora da Saúde regula todos os actores que prestam cuidados de saúde incluindo os privados e subsistemas de saúde, excluindo as actividades que estejam submetidas a regulação específica do sector, como é o caso do sector farmacêutico⁴⁷.

A ERS é composta por dois órgãos: um conselho directivo e um fiscal único. O conselho directivo é composto por um presidente e dois vogais nomeados sob proposta do Ministro da Saúde ao Conselho de Ministros⁴⁸.

São objectivos da ERS assegurar a equidade no acesso aos cuidados de saúde, garantir adequados padrões de qualidade dos serviços, assegurar os direitos e os interesses dos utentes, a prevenção e luta pela selecção adversa, assim como a procura induzida dos cuidados de saúde, que será mais fácil ocorrer quando os prestadores são pagos de acordo com a actividade.

Sob requerimento ao Ministério da Saúde, esta entidade pode ter acesso a contratos com os prestadores de serviços e a regras de governação do sector. A entidade pode propor sanções e torná-las públicas. A introdução deste corpo regulador e independente será uma forma de garantir que a produtividade obtida nos serviços, não descure questões de qualidade e equidade, o que representa um passo importante no processo da reforma.

A par do que foi exposto, encontramos na bibliografia consultada um conjunto de circunstâncias apelativas que poderão dar o seu contributo nas reformas do sector da saúde. Assim:

⁴⁶ A Entidade Reguladora da Saúde foi criada pelo Decreto-lei nº 309/2003, de 10 de Dezembro.

⁴⁷ De acordo com a portaria nº 310/2005, de 23 de Março, todas estas entidades são obrigadas a registo na ERS.

⁴⁸ O regulamento interno da organização e funcionamento dos serviços da Entidade Reguladora da Saúde está previsto na Portaria nº 418/2005, de 14 de Abril.

1. Ao nível dos recursos humanos.

A existência de uma deficiente distribuição de recursos humanos (concentrados na zona litoral em detrimento das zonas rurais) reflecte os fracos incentivos existentes, não potenciando uma verdadeira descentralização que se agrava com a falta de pessoal de algumas especialidades.

Parte do número de profissionais de saúde, nos últimos anos, foi preenchido por profissionais vindos do estrangeiro, nomeadamente médicos e enfermeiros, a maior parte de Espanha e do Brasil, contudo aquele aumento não cobre todas as lacunas⁴⁹. Grande parte dos médicos trabalha também no sector privado, provocando baixos níveis de produtividade no sector público.

Verifica-se que a escassez de profissionais de saúde é uma preocupação dominante.

De acordo com estudos recentes (*OCDE 2004a*), $\frac{3}{4}$ dos portugueses, considera esta questão uma preocupação e mostram que as estimativas relativas aos problemas a nível dos recursos humanos se tornarão mais evidentes em algumas regiões e/ou especialidades.

A curto prazo, a pressão sobre os trabalhadores poderá ser reduzida através do aumento da produtividade dos hospitais e centros de saúde. Um contributo a longo prazo e que decorre desde os finais dos anos 90 foi o aumento do *numerus clausus* para os estudantes de medicina (*Ministério da Educação, Ministério da Saúde 2001*).

2. Nas campanhas de informação.

Muitos factores externos à reforma do sector da saúde podem ajudar a torná-la mais efectiva.

Estamos a falar de campanhas de informação necessárias para melhorar a saúde pública e ajudar numa mudança dos estilos de vida proporcionando melhorias ao nível da saúde. Isto tem a ver particularmente com os acidentes de viação, que é a sexta causa de morte em Portugal, a falta de exercício, o consumo de álcool e a obesidade.

⁴⁹ Para que de uma forma mais célere se corrijam estas ineficiências o Governo português tem-se socorrido da contratação de médicos estrangeiros. A este propósito ministro Correia de Campos anunciou outra novidade: o reforço de cem médicos de família nos centros de saúde onde mais fazem falta. São estrangeiros e receberam formação através da Fundação Calouste Gulbenkian, para a qual foi estabelecido um protocolo com o Ministério da Saúde. “Esta centena de clínicos já está inserida no Serviço Nacional de Saúde e, portanto, está já a trabalhar nos centros de saúde. Os médicos têm várias nacionalidades e bastou passarem nos exames de aptidão para poderem exercer no nosso país”, explica Correia de Campos, que reconheceu que a carência de clínicos de Medicina Familiar é, hoje, de 500 médicos. O número de portugueses sem médico de família ascende a 750 mil indivíduos” (*Serra, C. 2005, Setembro 06*).

Um Plano Nacional para uma acção integrada nos factores de saúde relacionado com os estilos de vida, foi aprovado em Janeiro de 2004. Contudo a articulação entre a reforma em curso e o plano de 10 anos não é clara. O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 não inclui detalhes de como a reforma poderá ajudar a atingir os seus objectivos e garantir o nível de saúde⁵⁰.

Recentemente novos programas de saúde foram também aprovados, relacionados com a prevenção de doenças cardiovasculares e reumatismais, assim como o desenvolvimento dos cuidados paliativos⁵¹ e cuidados para os idosos.

No âmbito das campanhas de informação, citamos o exemplo do sistema utilizado em alguns países da Europa, que colocam *on line* os tempos médios de espera existentes nos hospitais, para consulta externa e para intervenção cirúrgica, por especialidades.

3. Nas Administrações Regionais de Saúde.

A administração da saúde ao nível regional deverá ser modernizada, uma vez que as tarefas e o papel das ARS's são afectadas pelo novo estatuto dos hospitais e centros de cuidados primários, a par das já criadas entidades responsáveis em monitorizar os hospitais públicos.

Dentro deste novo enquadramento, o papel das ARS's no desenvolvimento das políticas dos cuidados de saúde é aumentado, assim como a sua responsabilidade junto das autoridades em termos orçamentais, no controlo de custos e na qualidade dos cuidados dos pacientes.

Devem assim ser tomadas opções de modo a adaptar o funcionamento das ARS's, conferindo-lhes novas responsabilidades.

⁵⁰ O Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010, é um documento que “desenvolve orientações estratégicas com a finalidade de sustentar política, técnica e financeiramente uma vontade nacional, dando-lhe um cunho integrador e facilitador na coordenação e inter-colaboração dos múltiplos sectores da saúde”. Os objectivos daquele plano são: “-Obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença; - Utilizar instrumentos adequados, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados; - Garantir os mecanismos adequados para a efectivação do plano através de uma cativação de recursos adequada, garantindo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do plano”. *Ministério da Saúde (2004a:1)*.

⁵¹ Nas Unidades de Cuidados Paliativos, que são áreas assistenciais, existentes física e funcionalmente nos hospitais, proporciona-se uma atenção integral ao doente terminal. Uma equipa de profissionais assiste estes doentes na fase final da sua enfermidade, com o único objectivo de melhorar a qualidade da sua vida neste transe definitivo, atendendo às necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do paciente e da sua família.

4. Na contenção dos gastos.

Medidas adicionais devem ser desenvolvidas para aumentar a eficiência e garantir que as pressões dos custos são contidas e que o sistema é sustentável.

Um sistema de apuramento dos custos/benefícios com o recurso a novas tecnologias deverá ser generalizado aos hospitais públicos. Antes disso, os hospitais carecem de um melhor controlo os gastos.

5. Nas tecnologias de informação e comunicação.

De acordo com um inquérito do Instituto Nacional de Estatística (*INE 2005*) efectuado às famílias portuguesas, observa-se que em 2005 42,5% dos agregados domésticos possuíam computador, em que 31,5% tinham acesso à Internet a partir de casa⁵². Segundo aquele relatório, dos indivíduos que acedem à Internet 31,3% pesquisam informação relacionada com a saúde.

Por sua vez, a Comissão Europeia tem desenvolvido alguns projectos no âmbito das Tecnologias da Informação e da Comunicação⁵³.

Na realidade as tecnologias digitais além de disponibilizarem redes de informação ao cidadão, oferecem também, vantagens substanciais na gestão da saúde. Permitem, reduzir custos administrativos, prestar cuidados de saúde à distância e fornecer serviços médicos de informação e prevenção.

No hospitais portugueses, assiste-se a uma evolução neste domínio, com a implementação dos cartões de utente, a prescrição do receituário e dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica *on line*, o Processo Clínico Electrónico, a Telemedicina entre muitos outros aspectos que não desenvolvemos por não ser este o objecto do nosso estudo.

Contudo, sem atrasos deverão ser desenvolvidos outros projectos no domínio das tecnologias da informação e de comunicação do Serviço Nacional de Saúde. Estamos a referir-nos concretamente à centralização (eventualmente ao nível ministerial) de toda a

⁵² “A análise evolutiva destes indicadores revela taxas de crescimento levadas. Observa-se, entre 2002 e 2005, um crescimento médio anual de 16,6%, no que respeita ao computador, e de 27,8% no que se refere à Internet.” *INE (2005:1)*.

⁵³ Referimo-nos concretamente ao Plano de Acção “Saúde em Linha” que pretende mostrar “como utilizar as tecnologias da informação e da comunicação (TIC) para prestar cuidados de saúde de melhor qualidade, a um custo constante ou inferior, em toda a Europa e reduzir os prazos de espera e de erros.” Retirado de <http://europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/124226.htm>

informação existente nas entidades prestadoras de saúde. O historial do doente centralizado numa base de dados permite que, qualquer médico (de norte a sul do país) obtenha a ficha clínica do doente.

Este processo pode evitar a duplicação da realização de meios complementares de diagnóstico, a duplicação de registos, a duplicação de processos, etc. A par da duplicação da informação estão inerentes os respectivos custos.

A centralização da informação hospitalar, permite ainda às entidades competentes monitorizar e regular a gestão dos hospitais, fornecer informações pertinentes a diversos estudos necessários e sobretudo permitir coerência nas informações prestadas. Pela experiência que possuímos ao longo destes 16 anos no sector da saúde, constatamos que existe um verdadeiro bombardeio de pedidos de informação aos hospitais, aos quais se dispensa demasiado tempo em detrimento do que é fundamental – apoiar a gestão⁵⁴.

2. Sistemas de Saúde dos Países Membros da União Europeia

Uma fonte de informação importante é o conhecimento da organização e a forma de financiamento dos diferentes sistemas existentes, a nível europeu.

Tradicionalmente, nos países da Europa ocidental os Estado têm um papel fundamental na organização dos sistemas de saúde. O grau de intervenção difere de intensidade segundo os países.

Enquanto que o Estado tem um papel fundamental na disponibilização e no financiamento de cuidados de saúde em países como Portugal, Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Dinamarca, Espanha e Itália (Modelo Beveridge), o seu protagonismo tem sido menos evidente nos sistemas de saúde predominantemente geridos por seguros de doença obrigatórios, como é o caso da Alemanha, Áustria, Bélgica, França, Grécia, Holanda e Luxemburgo (modelo Bismarckiano).

Entretanto, os processos da reforma que têm vindo a ser realizados na Europa na última década, promovem actuações dirigidas ao desenvolvimento de um equilíbrio estatal e privado, ao mesmo tempo que potenciam a participação activa dos cidadãos na tomada das decisões, nas políticas de saúde e nos sistemas de saúde.

⁵⁴ Os mesmos pedidos de informação são reclamados por variadíssimas Instituições todas pertencentes ao Ministério da Saúde.

As fontes de financiamento tradicionalmente usadas pelos sistemas de saúde ocidentais têm sido: os impostos, as contribuições obrigatórias para a Segurança Social, subscrições voluntárias a companhias de seguros e pagamentos de taxas por parte do paciente. Nos países de Europa ocidental existem diferentes tipos de financiamento que, ao mesmo tempo, influenciam o tipo de organização do sistema de saúde, e que nos permite efectuar uma classificação sobre a base do modelo predominante: Bismarckiano *versus* Beveridgiano.

O modelo Bismarckiano, foi implementado na Alemanha no final do século XIX pelo Chanceler Bismarck, caracteriza-se por ser selectivo, corporativo e fortemente associado à ideia de segurança social.

A segurança passou a ser considerada "social" porque o Estado assegurou os meios para suplantar os estreitos limites do mercado: criou uma nova burocracia e subsidiou o novo sistema. Era um modelo corporativista porque, nos seus primórdios, beneficiava exclusivamente os operários da indústria. Visou explicitamente pacificar a classe operária, minar a sua organização e garantir a paz social. Para tanto, concedeu-se à classe operária industrial um novo status social, melhor e mais digno, sob a tutela estatal.

Foi importante por ter sido o precursor do *welfare state*. Porém, os seus benefícios eram restritos, direccionados de forma selectiva – não pretendia ser um regime universal.

O modelo Beveridgiano, que foi implementado em Inglaterra, após a 2ª Guerra Mundial, por Sir Lillie Beveridge, visou integrar os mecanismos de segurança social, disponibilizar benefícios e serviços para todos os cidadãos (sistema universal e uniforme), promover a solidariedade, compensar os indivíduos por perdas salariais e amenizar as crises económicas.

Pretendia funcionar como um mecanismo macroeconómico, seguindo a linha keynesiana. Para isso este modelo assentou em três pilares: o pleno emprego, o Serviço Nacional de Saúde e o abono de família. A sua importância decorre de ter sido a base da legislação social da Grã-Bretanha. Além disso, influenciou os *policy-markers* e intelectuais de todo o mundo.

Uma das características organizativas comuns das reformas da saúde que têm sido realizadas na Europa é a descentralização. Nas tomadas de decisão em saúde, a descentralização é tida como um meio efectivo para estimular a melhoria da prestação de serviços, para favorecer a distribuição de recursos de acordo com necessidades da

população, para potenciar a implicação da comunidade no estabelecimento de prioridades e para reduzir as possíveis iniquidades existentes.

O termo descentralização foi definido como “a transferência da autoridade, ou da distribuição do poder, na planificação pública, na gestão e na tomada das decisões desde o nível nacional aos níveis regionais, ou de forma mais geral, dos níveis superiores aos níveis inferiores dentro de um Governo”.⁵⁵ A descentralização aponta para uma tomada das decisões a um nível mais baixo na organização. Contudo, cabe ainda mencionar que a descentralização na verdadeira acepção da palavra, não foi alcançada em qualquer sistema europeu de saúde.

Outra característica comum, ligada aos processos da reforma dos sistemas de saúde europeus, é o facto de a maioria dos sistemas de saúde enfrentarem a existência de uma limitação de recursos.

Entre as propostas teorizadas pelos diferentes Governos para enfrentar esta dicotomia, encontra-se a transferência de recursos de outros sectores públicos para esta área, o aumento das contribuições dos cidadãos através dos impostos ou das contribuições para a segurança social, e por último, o levar a cabo as estratégias de modo a influenciar tanto a procura como a oferta de cuidados, com vista a conter o crescimento dos custos no sector da saúde.

As reformas actuais dos sistemas de saúde europeus centram-se principalmente em influenciar a provisão e a compra dos serviços. Assim, os modernos sistemas de saúde incluíram nos seus instrumentos de gestão, alguns contratos entre o financiador e o prestador de cuidados.

As características e o nível de envolvimento das partes contratantes diferem de acordo com o modelo de sistema de saúde existente.

Nos modelos de Sistema Nacional da Saúde (Modelo de Beveridge), a parte contratante são as autoridades públicas, embora em alguns países os Médicos Clínicos Gerais também poderem desempenhar este papel (como por exemplo no Reino Unido⁵⁶). O

⁵⁵ WHO (1997).

⁵⁶ O NHS Britânico tem como principal fonte de financiamento os impostos, que são redistribuídos pelo Governo. O planeamento é efectuado ao nível do Governo central e a nível local existem cerca de 100 autoridades de saúde que são directamente responsáveis por "adquirir" serviços de saúde para a população dentro da sua jurisdição. À autoridade de saúde local é destinado um orçamento para adquirir serviços podendo recorrer ao sector privado. Ao nível do prestador de cuidados existem os *trusts* do NHS que são os sócios do próprio NHS. Os *Trusts* podem ser hospitais, clínicas, médicos ou outros serviços, contudo sujeitos a um contrato. Estes contratos são premiados de acordo com a qualidade do cuidado prestado e do

conteúdo do contrato não se centra apenas na prestação de serviços assistenciais, mas também pode incluir assuntos da saúde pública, programas para doenças específicas ou medicina geral e familiar.

Nos Sistemas de Segurança Social (Modelo de Bismarck), o Governo tem um papel menos importante na contratação. Tradicionalmente, a contratação tem vindo a ser realizada entre organizações de seguros e empresários ou cidadãos, e entre as organizações de seguros privados e os prestadores. Nestes sistemas, por vezes, o Governo subsidia a saúde mediante contratos específicos.

Neste modelo, a relação compra/prestação também pode ser regulada de maneira colectiva, por exemplo contratos entre organizações médicas e organizações de seguros. Entre os fornecedores de cuidados de seguros, os hospitais de agudos são a componente assistencial que mais recursos consomem e também são os que mais cuidados prestam.

O estabelecimento de diferentes tipos de tectos orçamentais, foram também usados como medida de controlo dos custos de âmbito assistencial na área da saúde. Outras propostas dirigidas a fazer frente ao deficit da saúde são o aumento do investimento privado, a redução da carteira de serviços públicos, a redução da cobertura pública a grupos de população específica, e/ou a combinação destas propostas⁵⁷. Todas estas iniciativas têm vantagens e desvantagens, tanto económicas como sociais.

O debate real em torno da questão do financiamento da saúde, centra-se na coexistência entre o sector público e privado. Na Europa foram preparadas diferentes iniciativas que passam por promover a subscrição de planos de seguros, que antecipam um consumo futuro dos recursos, por acordos entre empresários, uniões de sindicatos e

custo/benefício global. Clínicos gerais, agem como contratantes independentes dentro do NHS mas não são considerados empregados do sistema. No Reino Unido os hospitais são geridos por *NHS Trusts* (que também são conhecidos por *Acute Trusts*). Com este modelo pretende-se garantir um fornecimento de cuidados de saúde com elevada qualidade e uma aplicação de recursos financeiros de forma eficiente. Dotados de uma autonomia administrativa delineiam a estratégia de desenvolvimento do hospital, de forma a melhorar os serviços. Os *Trusts* empregam a maioria da força laboral do NHS, incluindo médicos, enfermeiros, gestores, pessoal administrativo e auxiliar. Alguns *Trusts* são centros regionais ou nacionais para cuidados mais especializados. Outros estão ligados a universidades na formação de profissionais de saúde. Os *Trusts* também podem proporcionar serviços à comunidade, por exemplo através de centros de saúde, de clínicas ou no domicílio das pessoas.

⁵⁷ Neste contexto, julgamos ser importante o desenvolvimento de sinergias dos recursos existentes. Esperamos que a criação das Unidades Locais de Saúde, actualmente previstas, assumam estes contornos. Por exemplo, no distrito de Aveiro existem 9 Hospitais Distritais, com 9 Serviços de Urgência e com as mesmas valências. Todos os hospitais prestam os mesmos cuidados de saúde “todos fazem o mesmo”. A falta de recursos é uma constante no Sistema Nacional de Saúde. Assim, dotar as diferentes unidades de especificidades concretas, orientadas para um determinado tipo de cuidado de saúde, parece-nos proporcionar ganhos em saúde e uma eficiente redistribuição dos recursos existentes (que até poderão ser suficientes).

Governo, destinando uma parte dos benefícios das empresas e do salário dos trabalhadores de modo a constituir um seguro de assistência médica.

Concluimos assim, que, na Europa, os sistemas de segurança social foram desenvolvidos por dois políticos da direita, quer conservadora (o chanceler alemão Otto von Bismarck, 1815-1898), quer liberal (o inglês William Beveridge, 1879-1953), que são os pais fundadores do moderno Estado-Providência, embora em contextos e épocas diferentes.

Conforme *Correia de Campos (2000)*, não estamos perante dois modelos ideologicamente diferentes, ambos os modelos assentam na noção reformista de que é necessário um guarda-chuva, uma rede social salvadora para atenuar as grandes tensões sociais geradas pelo crescimento económico.

3. O acesso aos cuidados de Saúde

3.1. Mecanismos para Garantir o Acesso aos cidadãos

Com a Constituição da República Portuguesa, no Artigo 64º do Capítulo dos Direitos e Deveres, determina que todos os cidadãos têm direito à protecção na saúde, incumbindo ao Estado assegurar aquele direito através do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em termos Constitucionais, o SNS caracteriza-se, por ser geral, universal e tendencialmente gratuito. De modo a garantir o direito à saúde, o Estado:

- a. Garante o acesso a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação;
- b. Garante a nacional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde;
- c. Orienta a sua acção para a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;
- d. Disciplina e fiscaliza as formas empresariais e privadas da medicina, de forma a assegurar nas instituições de saúde, públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade;
- e. Disciplina e controla a produção, distribuição, comercialização e uso dos produtos químicos, biológicos e farmacêuticos e outros meios de tratamento e diagnóstico;
- f. Estabelece políticas de prevenção e tratamento da toxicodependência.

O SNS, que abrange todo o território nacional e todos os cidadãos, é gerido de forma descentralizada e participada, abrangendo todos os tipos de cuidados de saúde, os quais são pagos tendo em conta as condições económicas dos cidadãos.

A Lei de Bases da Saúde⁵⁸ determina que:

- O Sistema de Saúde seja constituído pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordam com o SNS a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades;
- O SNS disponha de estatuto próprio;
- O SNS abranja todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde. A Lei de Bases da Saúde precisa as determinações da Constituição da República Portuguesa e reitera que o SNS se caracteriza por:
 1. Ser universal relativamente à população abrangida;
 2. Prestar ou garantir que sejam prestados, de forma integrada, cuidados globais;
 3. Ser tendencialmente gratuito para os cidadãos, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;
 4. Garantir a equidade no acesso, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras assimetrias;
 5. Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Para além de todos os cidadãos portugueses, são beneficiários do SNS os:

- Cidadãos nacionais de Estados Membros da União Europeia;
- Apátridas residentes em Portugal;
- Imigrantes com visto de residência;
- Cidadãos estrangeiros residentes em Portugal em condições de reciprocidade;
- Cidadãos que estão abrangidos por convenções entre Estados.

O financiamento do SNS é assegurado pelo Orçamento Geral do Estado. O acesso às prestações do SNS está sujeito ao pagamento de Taxas Moderadoras, encontrando-se em vigor o regime aprovado pelo Decreto-Lei n.º 173/2003 de 1 de Agosto, cujos montantes a pagar estão fixados pela Portaria n.º 985/2003 de 13 de Setembro. Nos termos do Artigo 2.º

⁵⁸ Lei N.º 48/90, de 24 de Agosto.

do Decreto-Lei nº 173/2003, estão previstas situações de Isenção de Pagamento de Taxas Moderadoras, abrangendo:

- As grávidas e parturientes;
- As crianças até aos 12 anos de idade, inclusive;
- Os beneficiários de abono complementar a crianças e jovens deficientes;
- Os beneficiários de subsídio mensal vitalício;
- Os pensionistas que recebam pensão não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- Os desempregados, inscritos nos centros de emprego, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- Os beneficiários de prestação de carácter eventual por situações de carência paga por serviços oficiais, seus cônjuges e filhos menores;
- Os internados em lares para crianças e jovens privados do meio familiar normal;
- Os trabalhadores por conta de outrem que recebam rendimento mensal não superior ao salário mínimo nacional, seus cônjuges e filhos menores, desde que dependentes;
- Os pensionistas de doença profissional com o grau de incapacidade permanente global não inferior a 50%;
- Os beneficiários do rendimento social de inserção;
- Os insuficientes renais crónicos, diabéticos, hemofílicos, parkinsónicos, tuberculosos, doentes com sida e seropositivos, doentes do foro oncológico, doentes paramiloidósicos e com doença de Hansen, com espondilite anquilosante e esclerose múltipla;
- Outras isenções;

Conforme o Decreto-Lei nº 11/93, que aprova o Estatuto do SNS, respondem pelos encargos das prestações de cuidados de saúde, além do Estado:

- Os utentes não beneficiários e os beneficiários na parte que lhes couber, tendo em conta as suas condições económicas e sociais;
- Os subsistemas de saúde e instituições particulares de solidariedade social.

Com a publicação do Decreto-Lei N.º 118/92⁵⁹, de 25 de Julho, foi criado um regime especial de comparticipação de medicamentos que abrange, apenas, os titulares de pensão igual ou inferior ao salário mínimo nacional, os quais terão direito a uma comparticipação do Estado superior em 15% relativamente ao definido para o regime geral. São, ainda, totalmente comparticipados pelo Estado os medicamentos prescritos a doentes com esofagite de refluxo, paramiloidose, lúpus, hemofilia, hemoglobinopatia, fibrose quística, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica, HIV, deficiência de hormona do crescimento e síndrome de Turner.

O acesso aos cuidados de saúde constitui um direito consagrado na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia⁶⁰. No entanto, esse acesso depende muitas vezes da posição social dos indivíduos. Por conseguinte, é necessário velar, em especial, para que seja garantido o acesso aos cuidados de saúde pelos grupos e pessoas mais carenciados. O relatório conjunto, da Comissão Europeia, de avaliação dos planos nacionais de acção para a inclusão social propõe três categorias de medidas:

- O desenvolvimento da prevenção e da educação no domínio da saúde (protecção materna e infantil, medicina escolar e medicina do trabalho);
- Medidas reforçadas proporcionando a possibilidade da gratuidade para as pessoas com baixos rendimentos;
- A aplicação de medidas destinadas a grupos desfavorecidos: pessoas que sofrem de perturbações mentais, imigrantes, pessoas sem domicílio fixo, alcoólicos ou toxicodependentes, etc.

Com a união de Estados, foi ainda necessário garantir o acesso aos cuidados de saúde no espaço europeu. Assim cidadãos da União Europeia que adoeçam ou sejam vítimas de um acidente durante a sua estada num país da União Europeia, na Islândia, no Liechtenstein, na Noruega ou na Suíça, terão acesso a cuidados de saúde gratuitos ou com custos moderados. Desde Junho de 2004, que existe um Cartão Europeu de Seguro de Doença de modo a facilitar o acesso aos cuidados médicos na União Europeia e acelerar o reembolso das despesas. Este cartão vem substituir o formulário E 111, que continua

⁵⁹ Com nova redacção dada pelo Decreto-Lei n.º 129/2005, de 11 de Agosto - Despacho n.º 19 650-A/2005 (2.ª série), de 1 de Setembro.

⁶⁰ A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, aprovada em Nice em 7 de Dezembro de 2000, representa a síntese dos valores comuns dos Estados-Membros da União Europeia. Os objectivos são explicados no preâmbulo: "é necessário, conferindo-lhes maior visibilidade por meio de uma Carta, reforçar a protecção dos direitos fundamentais, à luz da evolução da sociedade, do progresso social e da evolução científica e tecnológica".

válido durante o período transitório. Este cartão já está a ser distribuído em catorze países, devendo os restantes fazê-lo até ao final de 2005. Alguns dos países optaram por incluir os elementos do cartão europeu nos seus cartões nacionais e outros preferem emitir cartões distintos.

3.2. O Significado de Acesso nos Cuidados de Saúde

Por definição da Organização Mundial de Saúde (1948), a Saúde “(...) é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença e enfermidade”.

O acesso aos cuidados de saúde contribui para a melhoria da saúde e para a redução das doenças. Nos países com baixos rendimentos, os problemas de acesso residem na disponibilidade dos serviços básicos de saúde tais como a capacidade de visitar um médico, ou de receber os cuidados de saúde durante a gravidez e até mesmo durante o parto.

Na maior parte dos países em que os serviços básicos são geralmente acessíveis, a pertinência do acesso reporta a questões como o grau de compreensão que pode ser oferecido pelos sistemas de cuidados de saúde, à extensão da equidade, aos resultados dos cuidados atempados, entre outros aspectos.

O acesso aos cuidados de saúde, tem sido justificado em termos económicos pelos seus benefícios na melhoria da saúde nas várias comunidades, elevando as condições em favor do crescimento económico.

O acesso aos cuidados de saúde é visto como um direito básico do ser humano e uma meta social. De acordo com as Nações Unidas, no seu convénio sobre os direitos económicos sociais e culturais reconhece-se que “toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país”⁶¹ (*Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo 22*).

No Artigo 25º do mesmo documento, “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à

⁶¹ De acordo com a Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro, que aprova as bases da segurança social, “todos têm direito à segurança social. O direito à segurança social é efectivado pelo sistema e exercido nos termos estabelecidos na Constituição, nos instrumentos internacionais aplicáveis e na presente lei”.

alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade.”

No debate ideológico e concretamente no papel apropriado do Estado⁶² no bem-estar e na natureza das políticas de bem-estar, reflectem-se as aproximações dos diferentes países na prestação dos cuidados de saúde. Várias extensões consideram o cuidado de saúde como um bem público envolvendo princípios redistributivos que se baseia em taxas ou sistemas de segurança; outras porém consideram-no um bem privado, que mantém a responsabilidade dos indivíduos.

Na literatura, algumas versões consideram que os cuidados de saúde têm na sua base o financiamento público e uma disponibilização de serviços individuais. Por outro lado, outras interpretações consideram que estes por si só, podem não garantir a saúde. Uma vez que, os cuidados médicos disponibilizados, podem determinar a causa da doença ainda que com recursos a meios complementares de diagnóstico, contudo em muitas situações não são determinantes para o estado de saúde.

Existem factores importantes que dependem de políticas de saúde pública para reduzir as doenças, como a educação, a segurança no trabalho ou qualidade da água, a redução da poluição ambiental, a boa nutrição e a promoção dos comportamentos de saúde, como o exercício físico, o fumar, o beber e inclusive o comportamento sexual.

Os determinantes sociais e ambientais da saúde são diferentemente distribuídos na sociedade, com incidência nalguns grupos mais pobres, e com maiores necessidades de cuidados de saúde. Estas iniquidades na saúde devem ser combatidas por políticas públicas objectivas, com vista a reduzir a pobreza, disponibilizando melhor educação, condições de emprego entre outros aspectos.

Os cuidados de saúde têm um valor específico, pelo que melhorar a saúde não é mensurável nem quantificável. As primeiras linhas do relatório de 1983 - “Assegurar o Acesso aos Cuidados de Saúde “ o Presidente da Comissão para o estudo de Problemas Éticos em Medicina e Pesquisa Biomédica (1983)⁶³ refere:

“A prevenção da morte ou invalidez, o alívio da dor e do sofrimento, o restabelecimento das capacidades são os objectivos dos cuidados de saúde. Por detrás dos

⁶² ONU (1948).

⁶³ Citado em Gulliford, M. e Morgan, M. (2003:3).

seus benefícios tangíveis, os cuidados de saúde tocam vezes sem conta em alguns aspectos misteriosos da vida pessoal cujo valor é significativo por si só”.

Tal como proporcionar saúde e bem-estar, os cuidados de saúde produzem informações sobre diagnósticos e prognósticos, intimamente relacionados com a vida das pessoas desde o início até ao fim da vida e com as oportunidades que tiveram entre estes dois momentos.

Os sistemas de saúde diferem na prioridade a ser dada ao acesso universal aos cuidados de saúde. As diferenças na aproximação aos cuidados de saúde são talhadas por forças económicas e políticas com circunstâncias históricas e valores culturais. O Sistema Nacional de Saúde está firmemente embutido na filosofia do “*welfare state*” abraçando noções de solidariedade, onde todos os cidadãos têm direito à saúde, educação e alívio da pobreza. Em contraste, os sistemas orientados para o mercado enfatizam a responsabilidade individual.

Questões importantes que influenciam o acesso aos cuidados de saúde, relacionam-se com o saber a forma como devem ser instituídos e distribuídos, uma vez que não são locados em função do preço. Os mecanismos postos em prática que asseguram os cuidados de saúde, deverão ser devidamente distribuídos de forma a determinar quem tem acesso aos cuidados de saúde. A equidade em termos de igual acesso a igual necessidade tornou-se um objectivo chave dos sistemas de saúde.

O acesso aos cuidados de saúde contempla a relação entre a necessidade, a disponibilização e a utilização dos serviços de saúde. *Aday e Anderson (1981)*⁶⁴ sugerem que o acesso descreve a eventual entrada de um indivíduo ou grupo populacional no sistema que presta cuidados médicos.

A noção de acesso envolve aspectos diferentes, que se relacionam com os prestadores do serviço e os clientes que determinam padrões de utilização. O conceito de acesso⁶⁵ centra-se em processos que determinam a entrada no sistema de cuidados e é utilizado em duas situações distintas:

⁶⁴ Citado em *Gulliford, M. e Morgan, M. (2003:4)*.

⁶⁵ No glossário de termos da Organização Mundial de Saúde (2004) o acesso é: “The ability of an individual or a defined population to obtain or receive appropriate health care. This involves the availability of programmes, services, facilities and records. Access can be influenced by such factors as finances (insufficient monetary resources); geography (distance to providers); education (lack of knowledge of services available); appropriateness and acceptability of service to individuals and the population; and sociological factors (discrimination, language or cultural barriers).”

- Ter acesso denota a potencialidade em utilizar um serviço caso seja requerido. Ter acesso significa que o serviço pretendido existe, está disponível, e que há sistemas que permitem a utilização do serviço;
- Obter acesso alude aos procedimentos existentes para admissão à utilização dos serviços. Neste caso, se o acesso foi obtido significa que o serviço foi utilizado. Esta definição denota a obtenção ou a utilização dos serviços de saúde.

O acesso é também identificado como uma das dimensões de qualidade dos cuidados (*Maxwell, R. J. 1984*)⁶⁶, o que significa, que o acesso é um conceito multifacetado. *Pechansky e Thomas*⁶⁷ (1981) sugerem que o conceito de acesso descreve o "grau de ajuste" entre os clientes e o sistema de saúde. Os autores identificam cinco dimensões pertinentes à interacção entre os clientes e o serviço:

- A aceitabilidade, que se refere às atitudes e convicções dos utilizadores e dos prestadores de acordo com as suas características pessoais;
- A acessibilidade, que se refere às implicações na relação entre os custos e a necessidade do doente;
- A disponibilidade, que se refere à adequação da oferta com o volume e tipo de serviços disponíveis; e uma adequação do volume com o tipo de necessidades (procura);
- A acessibilidade física, que é definida pela conveniência do local do serviço correlacionada com o local e a mobilidade do paciente (barreiras geográficas e físicas);
- A acomodação, que se refere ao modo como os serviços estão organizados, correlacionando com as necessidades e percepção do paciente quanto à conveniência dos mesmos (hora de abertura, guia do utente, tempos de espera, etc.).

Os processos de entrada e utilização dos serviços de cuidados médicos são só parte da interacção entre a oferta e a procura; o objectivo último deste contacto é promover ou preservar a saúde. O resultado do serviço é um aspecto essencial da utilização contínua. *Rogers, F. et al (1999)*⁶⁸ definem o acesso óptimo como "promovendo o serviço certo no momento e lugar certo".

⁶⁶ Citado em *Gulliford, M. e Morgan, M. (2003:9).*

⁶⁷ Citado em *Gulliford, M. e Morgan, M. (2003:5).*

⁶⁸ Citado em *Gulliford, M. e Morgan, M. (2003:8).*

Estas definições são somadas às noções de oportunidade e disponibilidade geográfica dos serviços. Os autores vão mais longe, ao abordar conceitos de “possíveis melhores resultados” e de “serviço certo”, insinuando a necessidade de avaliação da conveniência do serviço e a aceitabilidade do resultado, nas perspectivas do prestador e do consumidor. Neste contexto, o acesso poderia ser medido usando indicadores objectivos e apropriados, como a mortalidade ou a morbilidade; ou por indicadores subjectivos, como a satisfação dos pacientes com os cuidados prestados.

Facilitar o acesso relaciona-se com a disponibilização dos recursos apropriados a fim preservar ou melhorar a sua saúde, pelo que existem pelo menos quatro aspectos a ter em conta:

- A disponibilização dos serviços de acordo com uma oferta adequada de modo a permitir à população aceder aos cuidados de saúde;
- Contextualizar o acesso aos cuidados de saúde com factores económicos, sociais, culturais e organizacionais cujas barreiras podem limitar a utilização dos cuidados de saúde. Assim a utilização é dependente da acessibilidade e da aceitabilidade dos serviços e não apenas da adequação da oferta;
- Que serviços disponíveis devem ser efectivos e relevantes de modo a permitir resultados satisfatórios no acesso;
- A disponibilização dos serviços e as barreiras à utilização, devem ser avaliadas contextualizando diferentes perspectivas, devem atender às necessidades efectivas, à adequação dos recursos e à variedade de grupos culturais numa sociedade.

Tradicionalmente, as disponibilidades dos serviços são obtidas a partir de indicadores que identificam os recursos disponíveis, por exemplo nos hospitais, face à área de influência, isto é, população abrangida. Contudo, verifica-se que a existência de barreiras à utilização dos cuidados de saúde, dependem da interacção de factores associados à produção, à localização dos serviços e a factores associados ao consumo dos cuidados de saúde. Na verdade, o termo “barreiras” reflecte a existência de obstáculos ao acesso dos utentes, quando na lei, os serviços estão organizados e apresentam-se aos utentes sem obstáculos de acesso.

Na perspectiva dos “*policy maker’s*” e dos prestadores dos serviços, os métodos de regulação ou racionalização do uso dos serviços proporcionam constrangimentos financeiros, equacionando questões como a equidade ou eficiência dos objectivos dos

serviços de saúde. Esta pertinência pode resultar em listas de espera e noutras barreiras no acesso aos cuidados, como num número de mecanismos necessários à reconciliação entre a oferta e procura.

As longas listas de espera e os tempos de espera em diferentes níveis do sistema de cuidados de saúde podem ser indicativos de barreiras organizacionais ao acesso e o resultado do uso ineficiente da capacidade existente ou a falha de identificação das necessidades dos utentes.

No que se refere à racionalização, esta pode ocorrer ao nível da aquisição dos recursos onde são formalizadas as prioridades, ou ao nível da distribuição dos serviços em que os prestadores decidem quem deve receber o serviço. Coexistindo processos de racionalização, deverão existir procedimentos correctos de gestão que permitam rentabilizar os recursos e a capacidade instalada nos serviços. Os processos de decisão são controversos, mas vão sendo cada vez mais explícitos. Na realidade, custos equitativos não proporcionam necessariamente acessos equitativos.

3.3. O Acesso nos Países da União Europeia

O direito aos cuidados de saúde nos países membros da União Europeia é universal ou quase universal⁶⁹. Contudo, os direitos universais não asseguram automaticamente o acesso universal aos cuidados de saúde.

A Comissão Europeia tem intervindo, elaborando propostas, no que se refere à aquisição universal do acesso aos cuidados de saúde como objectivo comum, nos sistemas europeus dos cuidados de saúde e como um objectivo prioritário de cooperação da União Europeia na protecção social (*Comissão Europeia 1999, Comissão Europeia 2001*).

As propostas da Comissão acompanham as medidas de alguns Estados Membros em aumentar o acesso aos cuidados de saúde, sendo notável a tentativa da França em 2000, em introduzir um seguro com cobertura universal. As propostas da Comissão reflectem, também, os debates políticos sobre o acesso aos cuidados de saúde de outros países como

⁶⁹ O reforço dos sistemas básicos de saúde esboçados em Alma-Ata em 1978, como o acesso e a cobertura universais em função das necessidades; a equidade como parte do desenvolvimento orientado para a justiça social; e a participação da comunidade na definição e aplicação das políticas de saúde; são princípios que continuam a ser válidos, mas devem ser reinterpretados à luz das mudanças radicais que o campo da saúde tem experimentado durante os últimos 25 anos. De acordo com o Relatório Mundial de Saúde (2003:104), existem quatro problemas importantes, que deverão ser examinados e abordados pelos sistemas da saúde, são eles: a crise mundial do pessoal de saúde, a insuficiência de informação sanitária, a falta de recursos financeiros e a aplicação de políticas sanitárias que promovam a equidade.

do Reino Unido, da Suíça, do Chile, da Alemanha, da Grécia, da Nova Zelândia e da Eslovénia, de forma a promover solidariedade nos sistemas de cuidados de saúde.

Numa perspectiva económica, as barreiras ao acesso estão associadas a factores do lado da oferta, tais como a existência de um sistema estatutário de seguros de saúde, um nível de recursos financeiros públicos para os cuidados de saúde, a localização dos serviços de saúde e a existência dos tempos de espera para tratamentos.

Os factores do lado da oferta, referem-se ainda à disponibilidade do serviço, à relevância e à efectividade. Estes factores podem ser de natureza financeira ou organizacional e constituem barreiras ao acesso quando resultam na escassez de recursos ou numa incorrecta distribuição dos mesmos, induzindo variações inaceitáveis na oferta. Enquanto os factores financeiros afectam a oferta dos serviços de saúde, as barreiras organizacionais são muitas vezes causadas por questões de capacidade, tendo implicações para o tempo e aceitação dos serviços de saúde (*Gulliford et al. 2001:8*).

Existem factores do lado da procura, que podem igualmente restringir o acesso aos cuidados de saúde como por exemplo, a capacidade dos indivíduos em pagar os serviços de saúde e outras características tidas como pessoais (cultura, crenças, informações, preferências e os custos de oportunidade⁷⁰), que influenciam o uso dos serviços. As barreiras do lado da procura podem ser de natureza financeira, socio-económica, psicológica e cultural. A existência de barreiras ao acesso está muitas vezes dependente da interacção entre a oferta e a procura e ambos os tipos de factores determinam a extensão em que o acesso aos cuidados de saúde é equitativo, isto é, baseado no princípio da igual utilização para necessidades iguais.

Existem barreiras ao acesso que são comuns em alguns Estados Membros da União Europeia e outras que são específicas de alguns países. As respostas políticas sobre o acesso aos cuidados de saúde têm aumentado, com a introdução de garantias dos tempos de espera e legislando nos direitos dos pacientes, representando um esforço na melhoria dos mecanismos de aquisição de recursos e a expansão dos níveis de cobertura.

⁷⁰ O custo de oportunidade é um conceito chave em economia empresarial, mas não é um tipo de custo reconhecido pelos contabilistas. Trata-se do custo em não fazer qualquer coisa. Os negócios envolvem sempre opções, e a tomada de decisões envolve a rejeição de oportunidades, assim como a sua selecção. O custo de oportunidade é a recompensa que deveria surgir do melhor curso de acção que não foi tomada. Se por exemplo, se gastar tempo e dinheiro a ir ao cinema, não se pode gastar esse tempo em casa a ler um livro, e não se pode gastar o dinheiro em mais nenhuma coisa. Se a melhor alternativa imediata a ver um filme é ler um livro, então o custo de oportunidade de ver o filme é o dinheiro gasto, mais o prazer a que se renuncia por não ler o livro. *Henderson, D. R. (2001:35)*. “Se a escolha residir entre a produção ou compra de duas mercadorias, o valor de uma é avaliado pelo sacrifício de passar sem a outra”. *Davenport, H.J (1994:47)*.

As garantias dos tempos de espera introduzidos na Dinamarca, na Suécia e no Reino Unido representaram inicialmente um sucesso na redução das listas de espera, mas foram incapazes de sustentar estas reduções a longo prazo, concretamente na Dinamarca e no Reino Unido.

Segundo a organização Mundial de Saúde (*WHO1994*), na declaração de Amesterdão que promove os direitos dos pacientes, a Dinamarca, a Finlândia e os Países Baixos enaltecem a legislação dos direitos dos pacientes. Na França, na Irlanda, em Portugal e no Reino Unido procurou-se promover os direitos dos utentes de forma não estruturada na Lei. As medidas que promoviam e impunham os direitos dos utentes eram bem vindas, em particular porque propunham estruturar a protecção das necessidades dos grupos sociais mais desfavorecidos.

A legislação dos direitos dos pacientes na União Europeia cobre alguns, mas não todos os direitos. Por exemplo a Acta Dinamarquesa dos Direitos dos Uteses salvaguarda a autonomia dos utentes, garantindo os direitos materiais para tratamentos (*WHO 2000d*). Contudo, esta garantia não é absoluta e pode ser limitada pela disponibilidade dos recursos.

Outros esforços têm sido efectuados para aumentar a equidade na distribuição de recursos financeiros aos cuidados de saúde, como por exemplo a introdução e o refinamento dos mecanismos de distribuição geográfica dos recursos⁷¹.

A forma de distribuição dos recursos utilizada na Inglaterra foi adoptada em 1995 e contempla questões de equidade. Em 1992, o Governo de Estocolmo (Suécia) proporcionou mais recursos às populações detentoras de problemas de saúde e a determinados grupos socioeconómicos.

A adopção da França, pela cobertura universal é uma das maiores tentativas em aumentar o acesso aos cuidados de saúde no espaço Europeu. Em 1999, o Governo Francês adoptou a Lei da cobertura universal de saúde (*Couverture de Maladie Universelle*) de modo a abranger os utentes que não beneficiavam de qualquer seguro de saúde. A França junta-se a Dinamarca, a Finlândia, a Grécia, a Irlanda, a Itália, o Luxemburgo, Portugal, a Suécia e o Reino Unido na cobertura universal dos cuidados de saúde. Próximos de uma

⁷¹ Como referem *Anderson et al. (1980:8)* e *Enthoven, A. (1984:338)* a boa acessibilidade e aceitabilidade dos serviços, espalhados por áreas que sejam acessíveis cada vez a um maior número de pessoas, é uma meta importante a alcançar.

cobertura universal estão a Áustria (99%), a Bélgica (99%) e a Espanha (99,8%) (*OCDE 2001a*).

Apesar da prossecução oficial do estatuto universal ou quase universal dos cuidados de saúde, existem alguns problemas de acesso que persistem e são associados a falhas de cobertura. Estes problemas apresentam-se de duas formas: como consequência da exclusão a determinados tratamentos e como consequência do aumento dos encargos dos pacientes com as taxas cobradas. Na maior parte dos países europeus e ao longo das duas últimas décadas, as áreas mais comuns de tratamento que foram inteiramente ou parcialmente excluídas dos níveis de cobertura, foram os cuidados dentários e os fármacos, cujos benefícios foram sendo removidos e agora sujeitos a pagamento.

O acesso aos cuidados de saúde constitui um direito consagrado na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, como já foi referido. No entanto, esse acesso depende muitas vezes da posição social dos indivíduos. Por conseguinte, a Comissão Europeia tem alertado para que é necessário velar, em especial, para que seja garantido o acesso aos cuidados de saúde pelos grupos e pessoas mais carenciadas.

A pobreza⁷² é não somente sinónimo do nível baixo de rendimento, mas também a debilitação de uma série de capacidades humanas fundamentais, incluindo as relacionadas com a saúde. O termo “pobreza humana” faz referência à carência de meios para alcançar estas capacidades (para exemplo, o acesso físico aos cuidados de saúde) e à falta de factores básicos de conversão que permitam resolver esta situação (por exemplo, o acesso social aos cuidados de saúde).

O termo desenvolvimento humano aplica-se aos processos que ampliam as opções do indivíduo para desfrutar das referidas capacidades (por exemplo a possibilidade de optar por um modo de vida saudável).

Um conceito mais complexo de pobreza e de desenvolvimento considera os processos interactivos importantes para a dinâmica social do processo de melhoria da

⁷² Um reforço mútuo da pobreza e da má saúde é um fenómeno cada vez mais conhecido, e torna-se evidente que os recursos, os esforços e os resultados se distribuem desigualmente e de forma pouco equitativa. O rendimento não é o único factor determinante. A pobreza é fundamentalmente uma situação em que os indivíduos carecem da capacidade necessária para satisfazer as suas necessidades, as suas aspirações e participar plenamente na sociedade, de modo que a falta de empreendimento político e de educação são factores que também contribuem para excluir as pessoas dos cuidados de saúde. A discriminação em razão do género, raça ou etnia alimenta consideravelmente as desigualdades na saúde, e no caso, ao acesso aos serviços de saúde.

saúde⁷³. Assim, por exemplo, as capacidades económicas afectam a saúde, desde as limitações que envolvem os baixos rendimentos e restringem o acesso aos cuidados de saúde, às oportunidades da promoção da saúde.

Um outro factor significativo é que uma má saúde limita as possibilidades dos povos aumentarem o rendimento contribuindo para a pobreza.⁷⁴ A relação de causalidade recíproca entre a saúde e o desenvolvimento tem sido também enfatizada pela Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, que vem revelando o papel fundamental da saúde para o crescimento económico. A importância da saúde dentro de um modelo multi-dimensional de desenvolvimento humano sustentável, é das principais mensagens transmitidas pelos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio⁷⁵ (OMS 2003). Embora os avanços na esfera da saúde sejam importantes em si mesmos, assegurar uma melhor saúde também é um requisito precedente ao desenvolvimento económico e à coesão social⁷⁶. As melhorias do acesso dos povos às tecnologias da saúde constituem um bom indicador de sucesso nos processos do desenvolvimento.

O aumento dos custos dos cuidados de saúde em todos os países europeus tem levado os Governos a desenvolver políticas de contenção orçamental, e em todas as reformas encetadas nos últimos vinte anos, a procura de maior eficiência e maior efectividade têm sido dois critérios sempre presentes. A procura de eficiência, no sentido de se produzir o maior volume possível de cuidados com os recursos disponíveis. A maior efectividade,

⁷³ *Grande (1991:30)* refere que a saúde está intimamente ligada ao desenvolvimento. Os progressos na qualidade de vida foram mais significativos na melhoria dos níveis de saúde das populações do que as novas conquistas na assistência à doença. Não se pode encarar a relação saúde/doença, pois não é possível considerar a doença como um acidente pessoal e por isso tentar solucioná-lo. É necessário, antes, resolver ou minorar as causas e os efeitos que estão a montante e a jusante. De acordo com *Haynes (1984:24)*, o estado de saúde e o nível de desenvolvimento estão intimamente relacionados e esta relação é também um reflexo da qualidade das políticas de saúde e dos cuidados de saúde disponíveis numa comunidade. A diminuição da pobreza, a melhoria dos níveis de nutrição, a higiene do meio e a melhoria das infra-estruturas urbanas, são alguns factores que estão implícitos no estado de saúde de uma região ou de um país.

⁷⁴ “A má saúde enfraquece o desenvolvimento económico e os esforços para reduzir a pobreza. Para o desenvolvimento económico os investimentos em saúde são essenciais e devem ser uma componente vital das estratégias nacionais de desenvolvimento. Os melhores resultados podem ser conseguidos, tendo por alvo a saúde das populações pobres e dos países menos desenvolvidos” (OMS 2003).

⁷⁵ Os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM) adoptados pelas Nações Unidas em 2000 brindam a ocasião de empreender uma acção concertada para melhorar a saúde mundial. Os ODM posicionam a saúde no coração do desenvolvimento e estabelecem um pacto mundial que vincula os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento através de obrigações claras e recíprocas (OMS 2003).

⁷⁶ “A coesão social é reforçada por um acesso a cuidados de saúde de qualidade, baseados na universalidade, na equidade e na solidariedade. Melhorar o acesso aos cuidados é reconhecido como um meio para mobilizar o potencial de mão-de-obra da União na perspectiva da diminuição da sua população activa.” *Comissão da Comunidades Europeias (2004)*.

querendo significar a prestação de cuidados de saúde adequados às condições de quem deles necessita.

Todos os sistemas de saúde dos países industrializados estão hoje confrontados com os mesmos desafios: uma população idosa crescente, novas tecnologias de saúde, populações com expectativas crescentes e o dilema dos constrangimentos económicos⁷⁷. Como consequência, desenvolvem-se novas disciplinas para apoiar as necessidades dos decisores de política de saúde. O seu principal objectivo é criar um equilíbrio entre os três factores chave de um sistema de saúde: acesso aos cuidados de saúde (equidade para todos), qualidade dos cuidados de saúde (eficácia) e a optimização da relação custo/benefício da prestação dos cuidados de saúde.

O principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável, para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. As políticas saudáveis facilitam opções saudáveis de vida para os cidadãos. Criam ambientes sociais e físicos comprometidos com a saúde. Para formular políticas públicas saudáveis, os sectores governamentais a agricultura, comércio, educação, indústria, e comunicação devem levar em consideração a saúde como um factor essencial. A saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social. Os governos procuram investir recursos em políticas públicas saudáveis e na promoção da saúde, de maneira a melhorar o nível de saúde dos cidadãos (*OMS 2003*).

Um princípio básico de justiça social é assegurar que a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória. Ao mesmo tempo, isto aumentará, de maneira geral, a produtividade da sociedade, tanto em termos sociais como económicos. Políticas públicas voltadas à saúde e planeadas prazo trarão benefícios económicos de longo prazo.

Os governos de toda a União têm desempenhado um papel activo na organização dos cuidados de saúde com vista ao estabelecimento de sistemas fundamentados nos princípios

⁷⁷ A perspectiva de desenvolver sistemas de cuidados de saúde impulsionados pela prestação de cuidados primários deve apontar para o assegurar o acesso universal a serviços dotados de qualidade. A aceleração do movimento histórico em direcção a uma cobertura universal assegurará que as melhorias gerais nos sistemas de saúde não ocultem, ou contribuam para agravar, um aumento das desigualdades na saúde. Esse objectivo tropeça com numerosos obstáculos, em particular a falta de recursos financeiros, educação e pessoal qualificado. Mas uma política robusta pode ser uma base importante para superar esses impedimentos. A rapidez com que os países conseguem avançar em prol da cobertura universal dependerá de se os Governos aceitam que os benefícios sanitários gotejem gradualmente dos ricos aos pobres ou, pelo contrário, preferem acelerar as medidas determinadas a assegurar uma distribuição justa dos recursos e dos benefícios sanitários entre todos os grupos sociais.

da universalidade, da solidariedade e da equidade. Através de uma série de acórdãos sobre a eventual obrigação dos sistemas de saúde suportarem os custos de tratamentos prestados noutro Estado-Membro, o Tribunal Europeu de Justiça reconheceu o direito dos doentes a serem reembolsados, sob determinadas circunstâncias, quanto aos cuidados de saúde de que beneficiaram noutros Estados-Membros.

O Tribunal Europeu de Justiça reconhece ainda a necessidade de os Estados-Membros planearem os serviços de saúde de forma a assegurarem o acesso a uma série equilibrada de tratamentos hospitalares de alta qualidade, a procurar o equilíbrio financeiro do sistema de segurança social e a controlarem os custos de modo a impedirem, na medida do possível, o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos.

Por recomendação da Comissão Europeia (2003), os Estados-Membros devem continuar a exercer a sua responsabilidade na definição de políticas em diferentes domínios com vista à organização e ao financiamento dos seus sistemas de saúde⁷⁸.

As iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade. Para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social e educacional e as mais abastadas, requer-se políticas que busquem incrementar o acesso daquelas pessoas a bens e serviços promotores de saúde, e criar ambientes favoráveis.

A igualdade no acesso aos serviços de saúde é um aspecto vital da equidade em saúde.

4. A Equidade

A equidade é uma questão actual. Embora não seja uma novidade conceptual, é recente sua utilização como princípio orientador do Sistema Nacional de Saúde. Segundo *Culyer (1976:260)*, a equidade pode ser considerada como um princípio básico de qualquer sistema de saúde⁷⁹.

⁷⁸ “Seria igualmente oportuno atribuir um lugar adequado às organizações sem fins lucrativos privadas que prestam serviços e que estabelecem um equilíbrio entre as organizações públicas e as organizações privadas que têm um carácter comercial. Há formas de protecção adicional da saúde que desempenham um papel importante em vários Estados-Membros na garantia do acesso aos cuidados de saúde. O quadro jurídico europeu fundamenta-se numa abordagem de concorrência a nível comunitário entre entidades seguradoras cuja solvabilidade é garantida pelas autoridades competentes do Estado-Membro de residência. Contudo, há incertezas relativamente à possibilidade de os Estados-Membros promoverem o seguro não vida (saúde) com fundamento em princípios de solidariedade”. *Comissão Europeia (2003:10)*.

⁷⁹ *Culyer et al (1982:133)* fornecem-nos duas bases éticas de política de saúde: uma abordagem profundamente “individualista”, que considera o acesso aos cuidados de saúde em termos praticamente iguais

A equidade é uma questão que não está plasmada em lei. O princípio da equidade transborda do acesso aos serviços de saúde para um princípio orientador das políticas nacionais.

Como referimos no ponto 3.1, a Constituição da República Portuguesa estabelece o direito à protecção da saúde, e o dever de a defender e promover. Este princípio conduziu à criação do Serviço Nacional de Saúde, uma vez que cabe ao Estado garantir o “acesso de todos os cidadãos independentemente da sua condição económica ou social, aos cuidados médicos”. Para *João Pereira (1989:5)*, a interpretação correcta desta afirmação situa-se em termos de “igualdade de oportunidades no acesso ao sistema de saúde (NHS) por igual necessidade”. Segundo o autor esta parece ser a única e plausível maneira de formular os objectivos do Serviço Nacional de Saúde.

Também a Lei de Bases da Saúde, na alínea b) da Base II – Política de saúde estabelece que “É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços”. Neste contexto, para Pedro Pita Barros “A equidade encontra-se claramente definida em termos de acesso⁸⁰”.

Nas sociedades⁸¹ modernas ocidentais, o desenvolvimento da cidadania constitui um processo de igualização dos indivíduos nos âmbitos da sociedade capitalista, promotora de intensas desigualdades económicas e sociais.

Os direitos sociais, como o direito à saúde, estabelecem um marco de ampliação da cidadania nas sociedades modernas, na medida em que, ao contrário dos direitos individuais civis e políticos, exigem a intervenção do Estado e incorporam novos

aos do acesso a quaisquer outros bens de consumo disponíveis no mercado; e uma abordagem francamente “colectivista” que considera o acesso aos cuidados de saúde como um direito do cidadão, de modo algum dependente da distribuição da riqueza ou dos rendimentos.

⁸⁰ “Em 1989, modificou-se o “gratuito” do Serviço Nacional de Saúde para “tendencialmente gratuito”, embora já antes fossem permitidas, e praticadas, taxas moderadoras. Há várias interpretações possíveis: acesso igual a bens que promovam a saúde, acesso igual a cuidados de saúde para necessidades iguais, igual oportunidade de acesso a cuidados médicos. Estas diversas dimensões têm sido exploradas em vários trabalhos aplicados a Portugal. As principais conclusões desses estudos são: - O financiamento do sistema de saúde português é ligeiramente progressivo (os pobres pagam proporcionalmente menos); - Qualquer medida de política que aumente os pagamentos directos diminui a progressividade; - Em relação à prestação, a distribuição de doença é geralmente desfavorável aos grupos de menor rendimento; - Os pobres são no entanto compensados por uma maior proporção das despesas médicas que lhes são dirigidas; - Em geral, há desigualdades que favorecem os indivíduos de maior rendimento (em termos de equidade horizontal).” *Barros, P. P. (2001a:347)*.

⁸¹ *João Pereira (1989:7)* propõe que as teorias da sociedade devem ser tidas como um ponto de partida para a discussão dos princípios da distribuição.

princípios no desenvolvimento de padrões de cidadania, em particular formas diferenciadas de compreender o significado de *Welfare-State*⁸².

Um dos traços distintivos dos direitos sociais é que “remetem a um conceito de liberdade configurado a partir da igualdade” (*Maingon, T. 2001:11*). A esfera pública da igualdade é a mediação necessária entre um contexto de necessidades, que apresenta desigualdades e o usufruto da liberdade.

O espaço da igualdade é uma construção social, a esfera pública, onde os indivíduos usufruem da liberdade. “A igualdade, compara níveis de saúde, de recursos, de acesso, etc., entre indivíduos e comunidades, independentemente de critérios associados às necessidades desses indivíduos ou comunidades.” *Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002:24)*. O princípio de igualdade que orienta a cidadania desdobra-se no princípio da universalidade das regras de distribuição (princípios universalistas de justiça).

“Os conceitos de equidade e desigualdade são muitas vezes utilizados de uma forma equiparada, quando na realidade são bastante distintos. A equidade tem a ver com justiça e *fairness*, tem uma dimensão ética relacionada com a redistribuição de algo de acordo com as necessidades referentes a esse algo, é um conceito relativo. A igualdade é um conceito mais absoluto, não tem necessariamente uma conotação ética. Algumas desigualdades são esperadas e fáceis de prever, sem necessariamente reflectirem iniquidades. Uma forma de abordar esta problemática é dividir o problema das desigualdades nas não evitáveis (portanto não reflectindo geralmente problemas de iniquidade) e as evitáveis, que podem estar associadas a problemas de iniquidade” *Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002:24)*.

Na literatura, verifica-se uma tendência em definir a equidade diferenciando-a da igualdade. Os argumentos centram-se em que igualdade é um princípio de justiça social, aborda a ética dos arranjos sociais, tem conteúdos valorativos e está centrada nos direitos de cidadania. No entanto, esses argumentos não permitem distinguir da equidade que também incorpora regras de distribuição justas, encerra juízos de valor e rege-se pelas orientações filosóficas e políticas que regulamentam a vida social.

As desigualdades serão consideradas justas ou injustas conforme as diferentes interpretações sobre os processos sociais determinantes da estratificação social.

⁸² “Com a especificação de uma função de utilidade social, o nível de cuidados médicos que cada pessoa necessita é o que corresponde à maximização da função de bem-estar social, ou de qualquer outro critério (por exemplo, igualdade de utilidades).” *Barros, P. P. (2001a:340)*.

Olhando o caso português, no que se refere a desigualdades no acesso à prestação de cuidados de saúde, podemos referir que os equipamentos de tecnologia mais diferenciada nas áreas de diagnóstico e terapêutica como, por exemplo, a radioterapia, a hemodinâmica, a medicina nuclear e a tomografia por emissão de positrões (PET), que se encontram concentrados em Lisboa, Porto e Coimbra, as três cidades mais populosas do País, ocasionando desigualdade regional na acessibilidade a este tipo de recursos.

O movimento de concentração de recursos humanos nos grandes centros e no litoral do País acentuam as assimetrias regionais, penalizando as populações de menores rendimentos residentes no interior.

Sendo os doentes crónicos e os portadores de incapacidades grandes utilizadores dos serviços de saúde, entre os quais se encontram pessoas idosas, nota-se que, face a esta realidade, existe, ainda, carência de serviços que respondam adequadamente às suas necessidades específicas, nomeadamente em cuidados domiciliários e em internamentos de média e longa duração. Por outro lado, a cooperação intersectorial não tem acompanhado suficientemente fenómenos como a urbanização, desertificação rural e envelhecimento demográfico, dificultando, assim, a acessibilidade aos cuidados, nomeadamente das pessoas idosas.

“A equidade em saúde é normalmente encarada como justiça na obtenção, uso e acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde. Em nosso entender, este conceito pode e deve ser estendido para abranger outros aspectos da relação dos cidadãos com o sistema de saúde, nomeadamente a forma como são recebidos e tratados técnica e humanamente pelas instituições. A avaliação da satisfação que os cidadãos manifestam após uma experiência de prestação de cuidados é assim reveladora da percepção dessa equidade. No entanto, tratamento igual pode ser avaliado pelos doentes com diferentes valores de satisfação. Isto deve-se principalmente à relação existente entre as características dos doentes e as escalas usadas por eles na avaliação” (*Ferreira e Lourenço 2003:89*).

Para *Pereira (1989:2)*, o significado de equidade em saúde depende, da maneira como se define o conceito de justiça social, e este por sua vez, depende de juízos de valor ou ponto de vista da sociedade, tal como articulados por indivíduos, grupos ou Governos. Do mesmo modo, o conceito de equidade conduz a múltiplas interpretações, que dependem dos valores dos indivíduos que utilizam os recursos e dos objectivos a atingir com essa redistribuição (*Giraldes, M. C. 2001:534*).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, das Nações Unidas, afirma no seu artigo 25, que “ todas as pessoas têm o direito de receber cuidados médicos e os serviços sociais necessários.... e o direito à segurança no caso de... doença e deficiência...”. O relatório Mundial de Saúde de 2000⁸³ (*WHO 2000b*) recomenda que os sistemas nacionais de saúde sejam acedidos não apenas pelas pessoas de um determinado nível económico, mas também por outras extensões variadas na população.

Apesar de existir um consenso nesta matéria, existem preocupações na identificação das iniquidades da saúde e tem-se verificado esforços de forma a atingir uma grande equidade na saúde nas diferentes nações.

A equidade é um valor ético que pode ser operacionalmente definido como uma obrigação em reduzir as disparidades sistemáticas na saúde entre grupos sociais, dentro e entre vários países (*WHO 1996*).

A equidade em saúde relaciona-se com várias disparidades na saúde, que são particularmente injustas, por serem associadas a grupos com determinadas características sociais, colocando as pessoas numa desvantagem a respeito das oportunidades em ser saudável. A equidade liga-se aos direitos humanos, é reconhecida pelas reduções da discriminação das condições requeridas para as pessoas que tem oportunidades iguais para serem saudáveis.

Como iremos constatar no ponto 5 do presente capítulo, as listas de espera e tempos de espera⁸⁴ têm consequências médicas, organizacionais, financeiras, éticas e legais. As necessidades dos doentes e a sua urgência, devem ser determinadas de uma forma justa e a urgência de acordo com critérios médicos, por sua vez evidenciados, devem incluir a

⁸³ A Organização Mundial de Saúde tem uma importante influência na recolha, na análise e na elaboração de relatórios dos registos de saúde pública dos países e agências internacionais. Define níveis de monitorização da saúde global, nacional e local. Sem um regime de monitorização das disparidades na saúde ao longo dos grupos sociais de um país, as instituições governamentais e não governamentais não poderão ser tidas em conta na avaliação da equidade. Apesar da monitorização por si só não ser suficiente, ela é necessária. Um melhor suporte de investigação para o desenvolvimento é necessário e a equidade na saúde deve ser adoptada como um valor principal. A capacidade de pesquisa da saúde é a capacidade de definir problemas, preparar objectivos e prioridades, construir instituições sustentadas e organizações identificando soluções de cariz nacional sobre os problemas da saúde. Esta definição é compassada com a pesquisa da capacidade aos níveis dos indivíduos, dos grupos de pesquisa, das instituições e das nações.

⁸⁴ A Organização Mundial de Saúde, consagra no seu Relatório de 2003 que, entre os países e áreas onde o acesso inequitativo aos cuidados de saúde adopta o perfil de “fila”, figuram os Estados e províncias mais ricos. Nestes contornos, as políticas *pró* equidade devem tentar encontrar um equilíbrio mais adequado entre, as actividades tendentes a aproveitar e ampliar as instituições de cuidados de saúde existentes, reduzindo efectivamente os obstáculos que conduzem à formação de filas, e, por outro lado, a identificação e a prioridade de grupos que em caso contrário se veriam excluídos e não receberiam cuidados. Uma vez mais, isto exige uma activa participação das autoridades. (*WHO 2003a*)

condição de saúde do paciente e os diversos factores de risco inerentes, o critério emocional e psicossocial e a qualidade de vida do paciente.

Controlar o tempo de espera é um aspecto que é apropriado e está relacionado com a eficácia de uma intervenção, tal como com o sofrimento, desconforto e risco para o paciente. Quando as listas de espera envolvem tempos de espera que excedem um tempo que é considerado clinicamente aceitável, surgem problemas como criar prioridades. Por sua vez esta questão circunscreve questões de equidade e acesso justo.

Para além destes aspectos relacionados com a condição de saúde do paciente e a devida prioridade, existem outros aspectos básicos fundamentais de equidade, que devem gerir o acesso aos cuidados electivos.

A necessidade e a urgência nunca deverão ser determinadas com base na sua raça ou religião nem no sexo ou idade do paciente, excepto se for condição médica necessária ou um factor de risco; e muito menos por factores económicos. Os critérios de prioridades não devem descurar assuntos relacionados com a qualidade de vida do paciente. Neste contexto, a qualidade de vida refere-se à habilidade que o indivíduo tem para executar certas actividades do dia a dia e viver em condições físicas independentes.

Uma responsabilidade crucial do Sistema de Saúde consiste em estreitar as brechas da equidade sanitária – princípio fundamental do acesso aos cuidados de saúde. De acordo com o Relatório Mundial de Saúde (*WHO 2003a*), deverão ser considerado critérios de avaliação das estratégias de formação dos recursos humanos, da informação em saúde, estratégias de financiamento e de outros aspectos, até ao ponto de se saber se essas estratégias favorecem a equidade.

As políticas que melhoram os indicadores sanitários agregados de um país nem sempre são justas ou favoráveis à equidade. Nos países que conseguiram melhorar os resultados sanitários e reduzir a iniquidade, as políticas de desenvolvimento dos sistemas de saúde tiveram que “remar contra a corrente”, com o objectivo explícito de resistir à tendência de atender primeiro os sectores mais privilegiados.

Como quer que esteja configurado o sector da saúde de um país, para conseguir resultados *pró* equidade, é fundamental que o Governo instaure uma directoria eficaz de todo o sector de saúde, incluindo as funções de supervisão, monitorização e execução das políticas de saúde.

As estratégias dos cuidados de saúde *pró* equidade dependem do contexto. A diferença mais importante entre elas relaciona-se com o perfil da iniquidade que caracteriza o acesso aos cuidados e que pode adoptar três formas (*WHO 2003a*):

- Nos países mais pobres, esse perfil resume-se numa situação de privação massiva: a maioria da população vê limitado consideravelmente o seu acesso aos serviços de saúde, visto que uma pequena classe privilegiada encontra a maneira de obter os cuidados de que necessita;
- Noutros países com uma situação económica algo melhor, essas iniquidades adoptam a forma de “filas”: o acesso geral aos serviços de saúde é melhor, mas os grupos de rendimento médio e alto são os que mais beneficiam, visto que os mais pobres têm que esperar para beneficiar de um efeito de “gotejamento”;
- Por último, nalguns países as iniquidades adoptam a forma de exclusão, de tal modo que a maioria da população tem um acesso razoável aos serviços, mas uma minoria pobre vê-se privada dos mesmos.

O desenvolvimento dos sistemas de saúde baseados nos cuidados primários⁸⁵ varia no seu contexto, entre os diferentes países. Nalguns casos, necessitam urgentemente de programas orientados a grupos de população específicos para conseguir resultados *pró* equidade, noutros casos a prioridade é reforçar em geral o conjunto de sistemas existentes. No entanto, revela-se ser possível combinar aquelas duas aproximações.

Os países caracterizados por uma exclusão, provavelmente necessitarão de iniciativas focalizadas de modo a combater a desigualdade social e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Uma estratégia assim poderia aplicar-se a países de rendimentos médios ou baixos como o Chile e o Uzbequistão (*WHO 2003a*). Esta será igualmente uma opção idónea para países mais ricos, aqueles que têm populações marginalizadas e que se sentem excluídas dos serviços, em princípio universais, devido a problemas de discriminação por motivos de raça, etnia, género, pobreza de rendimentos ou discriminação social.

Não haverá progresso algum sem a intervenção do Governo, consistindo esta, na provisão ou no pagamento dos serviços ou na implementação de incentivos apropriados

⁸⁵ O papel dos cuidados primários é normalmente o primeiro contacto com a população. O seu papel e organização são extremamente críticos sobre a eficiência geral dos sistemas de cuidados de saúde. Em Portugal, os cuidados primários são organizados ao longo dos centros de saúde. As pessoas são livres de escolher um clínico geral de um centro de saúde na sua área residencial (médico de família). O clínico geral tem o papel de referir, quando necessário, os seus pacientes a hospitais privados ou públicos.

para o sector não governamental⁸⁶. Como exemplos de focalização cabe citar os esforços desenvolvidos pelo Chile e Nova Zelândia com o objectivo de conseguir serviços de saúde mais idóneos e acessíveis para os povos indígenas, assim como um programa realizado pela Austrália destinado a reforçar os cuidados primários entre a população indígena das Ilhas Tiwi (*WHO 2003a*).

Os estudos nacionais e internacionais sobre equidade em saúde e os resultados de várias iniciativas na alocação de recursos governamentais, sectoriais e extra sectoriais, visando mais justiça no processo saúde/doença/saúde, em vários países do mundo, criaram as condições para que, na actualidade, se comece a avaliar a implementação de políticas públicas com este propósito.

A complexidade das escolhas a fazer, das decisões a tomar, das bases científicas exigidas e das análises requeridas para uma avaliação de seu impacto na efectiva redução de desigualdades ocupa cada vez mais espaço no campo de preocupações de estudiosos e governantes.

Sen (2001), em resposta à pergunta “why health equity?”, em nota apresentada à 3ª Conferência Internacional sobre The Economics of Health: Within and Beyond Health Care, que ocorreu em Inglaterra em 2001, identifica claramente esta complexidade, ao abordar as dificuldades para uma compreensão adequada da equidade em saúde: “The real work begins with the specification of what is to be equalized. The central step, then, is the specification of the space in which equality is to be sought, and the equitable accounting rules that may be following in arriving at aggregative concerns as well as distributive ones. The content of theories turns on the answers to questions as “equality of what?” and “equity in what form?”” *Sen, A. (2001)*.

Por sua vez *Klein (2003)*, numa reunião da Health Equity Network, que ocorreu na London School of Hygiene and Tropical Medicine, em 2002, organizada com o objectivo de iluminar as relações entre as desigualdades em saúde, políticas públicas e sua implementação, apresentou a seguinte conclusão: “making policy in a fog”: Only one clear conclusion can be drawn from the various papers discussed at the conference... This is that policy making about health inequalities takes place in a fog of disagreement about goals, controversy about causes and uncertainty compounded by ignorance about means. The challenge is how best to make sensible decisions in the absence of both consensus about

⁸⁶ Veja-se a este propósito a “Defesa de um sector intermediário entre o “comercial” e o “governamental” ” de *Moreira, J.M. (1999)*.

what ought to be done and evidence about how best to set about achieving whatever policy aim we choose to set for ourselves” *Klein, R. (2003:55)*.

Mais recentemente, *Graham e Kelly (2004:2)*, em artigo publicado pela *Health Development Agency*, do National Health Service (NHS), no qual se examinam temas relacionados com as desigualdades sócio económicas em saúde, destacaram a necessidade de as políticas públicas actuarem não apenas na melhoria da saúde dos mais pobres, mas no estreitamento entre os grupos e segmentos sociais e na elevação do nível de saúde de todos ao padrão alcançado pelos grupos mais favorecidos, em observância ao princípio adoptado pela Organização Mundial de Saúde de que o gozo do mais alto padrão alcançável em saúde é um direito humano fundamental.

Uma cidadania iluminada manifesta-se, em parte, através de escolhas informadas que respeitem as necessidades de racionalização e racionamento, para permitir a sustentabilidade do sistema de saúde⁸⁷. Estas escolhas passam por responsabilidades por parte do legislador em garantir a saúde pública, criando condições de acesso aos cuidados considerados prioritários pela sociedade, e por responsabilidades por parte do cidadão em adoptar comportamentos mais saudáveis e em utilizar os serviços de saúde o mais racionalmente que lhe é possível, valendo-se da melhor informação que lhe é disponibilizada.

A garantia do sucesso passa por vezes, por uma sistematização dos cuidados que parece limitativa das opções de escolha do cidadão. Esta sistematização é um benefício para o cidadão, não colidindo com o seu poder de livre escolha.

Actualmente, os doentes são confrontados ou com centros teoricamente capazes de resolver os seus problemas e que depois soçobram face à avalanche de doentes que os procuram ou, por outro lado, com múltiplos pequenos centros em que a qualidade não pode ser controlada e a inovação tecnológica é muitas vezes usada, para o reforço do défice público, sem a contrapartida de ganhos para os utentes.

⁸⁷ *Moreira, J. M. (1999:166)* refere que “o crescimento anual dos serviços de saúde é visto não como um benefício, mas como uma preocupação”, como tal “para o reforço do poder dos pacientes passa por criar mercados competitivos no sector da saúde, para serviços médicos, serviços hospitalares, seguros de saúde e outros serviços afins”, porque “o que precisamos é de concorrência e não de monopólio”. Cabe ainda, “ao Estado criar outros esquemas de relacionamento entre financiadores e prestadores dentro de um coerente e justo sistema de saúde”.

Na problemática do acesso, a discriminação positiva⁸⁸, orientando os limitados recursos do Ministério da Saúde para as classes e grupos mais desfavorecidos, nomeadamente os extremos de exclusão social, deve estar claramente estabelecida como orientação a seguir pelos mais diversos programas e projectos de intervenção.

5. Listas e Tempos de Espera Cirúrgicos: As diferentes faces de um problema

As listas de espera⁸⁹ cirúrgicas são um fenómeno que está presente em grande parte dos países europeus, apesar de coexistirem na Europa diferentes modelos de Sistemas de Saúde com diferentes sistemas de organização, financiamento e disponibilização de serviços.

5.1. Origens e Causas

5.1.1. O Funcionamento do Mercado

“Waiting lists are intermittently regarded as constituting some sort of crises, usually a political crisis. The response to these crises is some sort of initiative” *Frankel e West (1993:3)*.

O fenómeno das listas de espera pode circunscrever diferentes áreas da actividade médica, isto é, pode relacionar-se com a espera para obtenção de uma consulta externa; a espera para o acesso a meios complementares de diagnóstico e terapêutica, vulgo MCDT e ainda a espera para o acesso a cuidados cirúrgicos programados (objecto de estudo do presente trabalho).

Relacionadas com as iniquidades no acesso aos cuidados cirúrgicos, as listas de espera resultam de ineficiências entre factores que se relacionam com a oferta (o fornecimento de recursos e a eficiência do seu uso) e factores relacionados com a procura

⁸⁸ “A análise positiva procura descrever o comportamento observado dos agentes económicos e quais as características da afectação de recursos. Tem como objecto obter conclusões que possam ser eventualmente testadas, para ver se são verdadeiras ou falsas. Esse teste pode ser feito com base no realismo das hipóteses usadas, na sua capacidade de previsão, na clareza da intuição dada, etc.” *Barros, P.P. (2001a:337)*.

⁸⁹ De acordo com a *HOPE (2001)* a lista de espera é um registo formal dos pacientes identificados como não urgentes ao acesso de um cuidado ou tratamento hospitalar. Permite verificar o progresso dos procedimentos apropriados de revisão, selecção e admissão de forma a garantir que nenhum paciente seja ultrapassado ou “perdido”. As listas de espera representam uma relação e quantificação da procura, sendo esta informação vital, para estimar as necessidades dos recursos hospitalares.

(que são o resultado de uma conjunção complexa de percepções e preferências dos pacientes)⁹⁰.

O estudo do comportamento de qualquer mercado deve ter em conta três factores fundamentais:

- a) O objecto de escolha e no nosso caso o bem consiste nas intervenções cirúrgicas;
- b) O comportamento do agente da procura, que aqui é o doente;
- c) O comportamento do agente da oferta, que no caso concreto são os profissionais do sector da saúde, designadamente os médicos das especialidades cirúrgicas.

Na realidade, o que aqui sucede é que os agentes deste tipo de mercado exibem comportamentos diferenciados quando comparados com outros mercados, tendo em conta desde logo a natureza do produto: a intervenção cirúrgica.

Na verdade, estamos na presença de um bem⁹¹ sem utilidade intrínseca⁹², onde o consumo está sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura: o doente. A necessidade de procurar e consumir este tipo de cuidado de saúde manifesta-se quando o indivíduo fica doente ou incapacitado, “Uma das características importantes do sector da saúde é a procura de cuidados de saúde ser uma procura derivada.”; “...as preferências individuais sobre o consumo e cuidados médicos dependem da ocorrência, ou não, de episódios de doença.” *Barros, P.P (2001a:66)*.

O papel do agente da oferta – médicos – não é necessariamente passivo, poderá mesmo ser responsável pela indução da procura⁹³. Neste mercado, a procura induzida assenta na assimetria de informação que beneficia potencialmente o agente da oferta, e na

⁹⁰ “As listas de espera para cirurgia constituem um dos principais obstáculos ao bom funcionamento dos actuais sistemas de saúde”. *Justo, C. (2003)*.

⁹¹ “As características especiais deste bem não deixam margem para outro objectivo no consumo que não a obtenção de um melhor estado de saúde. Tal como dizem *McGuire et al (1992)*, o reconhecimento de que a procura fundamental por parte do consumidor é de saúde, e não de cuidados de saúde *per si*, constitui “*um grande avanço conceptual na análise da procura de cuidados de saúde*”. Esta procura é então uma procura derivada de um objectivo determinado: a obtenção de saúde.” *Matias, A. (1995:7)*.

⁹² “Os cuidados de saúde são consumidos com o objectivo único de proporcionar saúde ao consumidor/doente, e não porque o respectivo consumo proporcione utilidade por si só. Não acontece assim com os restantes bens e serviços, onde o próprio consumo gera utilidade. Efectivamente, numa situação hipotética em que fosse possível desligar o consumo de cuidados de saúde do objectivo de proporcionar saúde, assistiríamos à ausência de procura do bem, uma vez que o seu consumo deixaria de proporcionar qualquer utilidade ao consumidor” *Matias, A. (1995:6)*.

⁹³ “O médico poderá incorporar algumas das suas preferências na função de preferências que lhe foi delegada pelo doente, abrindo-se assim a possibilidade de o bem fornecido, i.e., o conjunto de cuidados de saúde a prestar, virem a ser função não apenas das preferências do doente mas também do médico. Esta situação pode levar à indução da procura por influência da função de preferências do próprio médico: problema da indução de procura.” *Matias, A. (1995:11)*.

relação de agência⁹⁴ que se estabelece, levando a que o doente deixe no médico a decisão sobre a qualidade e quantidade de cuidados a consumir. Qualquer doente que tenha indicação clínica para intervenção cirúrgica, certamente que não será por decisão sua, mas antes por indicação do seu médico. Aqui, estão criadas as condições de procura induzida, que poderá ser interpretada como uma clara imperfeição na relação de agência, questão que está directamente ligada com o monopólio que circunda a profissão médica. Deste modo, verifica-se que o papel do agente da oferta assume uma importância significativa na formulação da procura.

Num mercado competitivo, a situação do mercado é determinada pelos preços e é em função destes que se processa a afectação de recursos organizando o processo produtivo. Constituem por isso, uma importante informação no que toca à situação da procura em torno do qual se organizará a oferta de modo a gerar um equilíbrio de mercado. Nos mercados onde os preços regulam a procura e a oferta, uma longa espera poderá ser evitada ao pagar um preço alto. Não existindo preços reais para regular a procura dos serviços de saúde pública, as listas de espera tornam-se um instrumento para criar prioridades no acesso à oferta.

Uma lista de espera pode ser definida como uma fila de pessoas que esperam ser atendidas e acederem a um serviço. As listas surgem quando a prestação de serviços não é paralela à procura, o que quer dizer que os recursos são limitados em relação ao que é necessário ao nível da procura. Deste modo, até que a procura esteja balanceada ou em equilíbrio com a oferta, as listas de espera surgem devido a inconsistências no sistema. As listas de espera representam um claro desajustamento temporal entre a procura de cuidados de saúde e a capacidade de oferta desses mesmos cuidados.

A alteração da capacidade da oferta poderá ser uma condição necessária para a diminuição das listas de espera, contudo isso poderá não ser suficiente se uma gestão eficiente das listas não ocorrer. As listas de espera cirúrgicas, não são sempre causadas pela falta de capacidade, recursos ou de capacidade de administração/gestão (*Choices in*

⁹⁴ “Na verdade, o consumidor de cuidados de saúde, por não possuir aquela informação, terá que delegar a sua decisão sobre o que consumir e quando fazê-lo numa outra entidade que possua essa informação: o agente da oferta (médico). A esta delegação de direitos de propriedade sobre o consumo chama-se – como já vimos - relação de agência, situação em que aquele agente é o representante do principal (consumidor), sendo suposto que a tomada de decisão quanto ao consumo é feita no respeito integral pela função de preferências do consumidor” Matias, A. (1995:16). “...o consumidor encontra-se numa situação em que lhe é manifestamente impossível revelar as suas preferências, não lhe podendo, ainda assim, ser vedado o consumo de cuidados de saúde (sob pena de, por exemplo, risco para a própria vida).” Matias, A. (1995:16).

Health Care, 1992:390), são um meio de planear o fluxo de doentes ao hospital ou um meio de programar a prestação de cuidados de saúde⁹⁵. Nesta mesma linha de pensamento, *Bloom e Fendrick (1987:131)* referem que, “A existência de longos tempos de espera para algumas pessoas e para algumas intervenções não são uma consequência de um global desacerto entre a oferta e a procura mas uma expressão de prioridades implícitas com a capacidade de prestação de cuidados de saúde que é ela mesma resultante de um conjunto de factores organizacionais e preferências profissionais”.

5.1.2. Condicionantes da Procura e da Oferta

Na literatura existente, não há uma razão única que explique a existência de listas de espera e tempos de espera cirúrgicos. Estamos perante um fenómeno que pode ser determinado por questões que se situam quer do lado da procura, quer do lado da oferta deste tipo de cuidados.

5.1.2.1. O lado da Procura

A procura de cirurgia é determinada por variados factores que podem condicionar uma resposta em tempo útil, por parte das entidades prestadoras. Dos variados factores a que nos referimos, constam (sem ordem de graduação):

- a) Uma crescente preocupação por parte dos cidadãos pelo seu bem-estar bio-psicossocial e ainda o aumento do número de doentes em idade geriátrica.
- b) Um aumento das expectativas para uma boa qualidade de vida na velhice é uma evidência. Com o aumento da esperança de vida, também a necessidade de cuidados médicos aumenta, exemplo disso são os transplantes cirúrgicos e as intervenções cirúrgicas para remoção das cataratas.
- c) Com as novas tecnologias de informação e padrões de vida mais elevados, as pessoas em geral estão mais informadas, exigentes e impacientes. Estas exigências, aumentam a pressão nos serviços de saúde.
- d) A implementação de novas tecnologias, permitiu melhorar procedimentos anestésicos e os procedimentos cirúrgicos como é o caso da laparoscopia, da prótese total do joelho e da anca.

⁹⁵ As listas de espera simplificam a planificação das unidades hospitalares. A segurança de uma procura futura permite ajustar por antecipação a oferta (fala-se de uma “necessária” lista de espera), *Iversen, T. (1993)*.

- e) Com a inexistência do mecanismo do preço, o tempo de espera para aceder aos cuidados de saúde electivos é adoptado inevitavelmente como uma parcela racional, e qualquer redução do tempo de espera consequentemente estimula a procura.

5.1.2.2. O lado da Oferta

No decorrer da nossa investigação, constatou-se que do mesmo modo que a procura, também a oferta de cuidados cirúrgicos é determinada por factores que condicionam uma resposta em tempo útil. A seguir apresentamos as sugestões encontradas e as respectivas argumentações. Assim, os factores que determinam a oferta são:

- a) A falta de recursos existentes. Contudo, a sua eficácia pode ser passageira, porque um crescimento dos recursos determina um aumento adicional da procura. Como já foi referido, a oferta de cuidados de saúde cria a sua própria procura, cujo efeito é exponencial dada a ausência de preços de mercado. Por outro lado, um crescimento de recursos temporal, seria incapaz de eliminar uma espera incorporada no sistema de modo permanente.
- b) A racionalização dos cuidados permite um controlo dos custos no Serviço Nacional de Saúde. A forma mais comum de racionalização dos cuidados de saúde é o uso das listas de espera, uma vez que desencoraja a procura dos cuidados de Saúde, Kings Found (2001a). Contudo, a racionalização não elimina a necessidade dos utentes, nem a necessidade de serem tomadas decisões como quem e quando poderá ser sujeito a uma intervenção cirúrgica.
- c) A ausência do preço de mercado. A procura deste tipo de cuidados médicos a preços zero tende a ser infinita, enquanto a oferta (recursos assistenciais) é irremediavelmente finita, e esse excesso de procura manifesta-se em listas de espera. Deste modo, as listas de espera são uma consequência inevitável da não existência de preços de mercado. “So unless capacity exceeds demand when price is approximately zero, demand must be limited by means other than price” Cullis *et al* (2000:1203).
- d) Ausência de gestão dos Blocos Operatórios. De acordo com Yates (1987:43) verifica-se a necessidade de estudos sobre a capacidade e a actividade desenvolvida

nos blocos operatórios, uma vez que se constata existir falta de coordenação entre os profissionais aqui envolvidos.

- e) A inexistência de prioridades, nomeadamente na criação de critérios uniformes de avaliação das necessidades do doente.
- f) Incorrecta gestão das camas existentes. Nos sistemas de saúde a taxa de ocupação do internamento fica aquém da capacidade disponível. Apesar de ser necessário destinar uma parte das camas para intervenções cirúrgicas urgentes, verifica-se a existência de camas vazias para uso em actividade programada, *Yates (1997:33)*. Não significando isto que os hospitais com maior número de camas vazias, sejam aqueles que disponham de maior número de doentes em lista de espera, contudo poderá ser um dos factores. Esta incorrecta gestão de camas, poderá ter origem na falta de coordenação dos recursos existentes (gerindo blocos operatórios, recursos físicos e humanos), como ainda poderá ser motivado por internamentos prolongados (no pré e pós operatório).
- g) Redução do número de camas para a actividade programada. Nos anos 90, verificou-se que muitos países reduziram o número de camas para actividade programada, *OCDE (2003f)*. O número de camas necessários deverá depender de vários factores que incluem os padrões de doença e a disponibilidade de cuidados alternativos de um país. As estratégias para reduzir a capacidade (camas), devem incluir políticas de redução de admissões inapropriadas e de alternativas à prestação dos cuidados de saúde (por exemplo o ambulatório)⁹⁶.
- h) Desperdício de recursos. Provavelmente, não existem cirurgiões, enfermeiros ou salas de operação suficientes para fazer face às necessidades da população abrangida nos distritos e em muitos casos para especialidades específicas.
- i) A ausência de estratégias eficazes. Os gestores dos hospitais devem ser especializados e conhecedores de como funciona o sistema, fazendo um balanço entre a procura e a oferta de recursos. O gestor deverá possuir mais informação do que o Governo, conhecer bem a realidade da sua organização de modo a contratar com a tutela indicadores de produção. Deverá ser dotado de uma autonomia e responsabilizado pela sua gestão, de forma a cooperar entre a tutela e os

⁹⁶ De acordo com um estudo efectuado, a cirurgia do ambulatório permite uma redução das listas de espera, melhorando o uso dos recursos disponíveis com uma excelente aceitação por parte dos intervenientes (pacientes, médicos e administradores), *OCDE (2003f)*.

especialistas da organização que lidera. A este propósito Cullis *et al* (2000:1203) afirmam que “There is also a potential waiting list problem in all insurance-funded systems where the supply side is constrained (for example, by managed care measures) not to meet all demand”.

- j) A inexistência de uma avaliação das necessidades da população, isto é uma estimativa da procura por patologia.
- k) Incoerência dos dados estatísticos. São necessárias auditorias regulares e revisões periódicas aos utentes em lista de espera, de forma a manter a procura no seu nível real. Um bom sistema de informação⁹⁷ das listas de espera deve:
 - Identificar as pessoas em risco por excessivas esperas;
 - Garantir que os pacientes são devidamente colocados em espera;
 - Permitir a remoção dos pacientes que não estejam clinicamente aptos para o tratamento proposto, que por qualquer motivo tenha desistido do procedimento e ainda aqueles que tenham falecido;
 - Permitir identificar se o doente se encontra inscrito nas listas de espera em uma ou mais região do país;
 - Um contínuo refinamento dos critérios, de prioridades e de posicionamento dos pacientes na lista de espera deve ser acessível ao público.
- l) A falta de recursos com exclusividade de funções, é outro argumento que justifica as listas de espera longas e circunscreve o interesse dos cirurgiões que trabalham nos hospitais públicos. As longas listas de espera no sector público impulsionam a procura do serviço privado. A clínica privada conta como 10% do tempo de trabalho dos profissionais que estão a tempo inteiro nos hospitais e estes números estão a aumentar substancialmente para os profissionais que trabalham em part-time. Como diz o Yates (1995) em média um cirurgião do hospital público faz duas operações por semana no sector privado. Existe uma certa preocupação no trabalho desenvolvido no sector privado, efectuado por cirurgiões do sector público o que resulta num crescimento de conflito de interesses (Yates 1995)⁹⁸. Assim, constatados os longos tempos de espera que existem no sector de saúde pública

⁹⁷ A este propósito no relatório “*Waiting Lists and Waiting Times in Health Care – Managing Demand and Supply*” (2001), a HOPE enumera uma série de registos mínimos que deverão constar do sistema de informação das listas de espera.

⁹⁸ Veja-se: AcKere e Smith (1999:228).

para certos procedimentos, um profissional pode aconselhar o paciente a procurar o sector privado de modo a obter tratamento mais rápido, sendo esse mesmo profissional quem presta o serviço. Muitos profissionais do sector público poderão assim ter o incentivo perverso em manter as listas e os tempos de espera longas de modo a tornar o serviço privado mais atractivo. É certo que a decisão é sempre do paciente, contudo a sua decisão poderá ser influenciada pelo facto de ter de esperar muito do sector público. Segundo este autor, não existe nenhuma evidência que prove que a qualidade do serviço do sector privado é melhor do que no sector público.

Concluindo, parece-nos consensual a posição de *Cabral e Barriga (1999:4)* para quem a produtividade, a performance e o compromisso do pessoal para com a “missão” da instituição depende muito da organização dos meios de trabalho da própria instituição: a proximidade dos instrumentos, a organização do espaço e dos horários, e existência de protocolos, a definição das tarefas de cada categoria profissional, etc.

De acordo com um estudo⁹⁹ elaborado por estes autores, “as situações de Listas de Espera não têm todas a mesma origem, nem podem ser resolvidas com as mesmas tácticas: diferentes incentivos aos profissionais, ou diferentes medidas de reorganização podem ser eficazes”¹⁰⁰.

5.1.3. O Tempo de Espera

Em Portugal e nos países com Sistemas de Saúde de acesso universal – Canadá, Holanda, Irlanda, Itália, Nova Zelândia, Noruega, Espanha, Reino Unido e Suécia, a todo o momento existem imensos pacientes que se vêem obrigados a esperar meses ou mesmo anos para receber um tratamento especializado, como é o caso de uma intervenção cirúrgica. No decurso desta espera, a única porta aberta é o Serviço de Urgência.

A importância do presente problema levou à criação em 1997, por parte do Gabinete da Comissão Europeia da Saúde pertencente ao Conselho da Europa, de uma

⁹⁹ O estudo, datado de 1998, foi realizado na Agência de Contratualização de Serviços de Saúde do Alentejo. Trata-se de “um trabalho de análise de informação de rotina disponível sobre a produção dos hospitais distritais, como contribuição para a discussão sobre o problema das Listas de Espera na Região”.

¹⁰⁰ “Podemos definir incentivo como uma intervenção de natureza positiva (no que se distingue da noção de controle) que tem por objectivo modificar um comportamento num sentido definido à partida. Pode exercer-se tanto ao nível colectivo (responsabilidade orçamental de um departamento hospitalar) como ao nível individual sob a forma de incentivos financeiros directos” *Rochaix, L. (1990:9)*.

Comissão de Peritos para a definição de gestão de listas e tempos de espera de cuidados de saúde.

Esse grupo de trabalho tinha por objectivo clarificar o significado dos termos “lista de espera”, “tempo de espera” e igualmente examinar a situação real dos tempos de espera nos diversos estados membros (*Terms of Reference, Conselho da Europa, 1997*).

De acordo com Pita Barros (2001a:275) “Sempre que a procura excede a oferta e o preço não é relevante para equilibrar o mercado, têm que ser encontrados mecanismos de equilíbrio. O tempo de espera é um desses mecanismos de racionamento da procura”.

Em teoria económica é verosímil que, se existir um maior número de pessoas a procurar um serviço, comparado com a oferta que está ao dispor tendo em conta a capacidade de produção, as listas de espera irão geralmente existir. Logo, uma subida da oferta em combinação com uma oferta estável resulta em listas e tempos de espera mais curtos. Contudo, se a oferta for aumentada e for acompanhada do aumento da procura, as listas de espera e tempos de espera poderão não ser reduzidos.

Quando muito longos, para além da capacidade de resposta, do ponto de vista da eficiência, os tempos de espera poderão ser considerados clinicamente inaceitáveis.

Assim, torna-se importante saber que o tempo de espera é um problema a ser gerido. Saber a extensão dos doentes afectados por tempos de espera relativamente às taxas de admissão dos mesmos. Quando se verifica uma procura adicional para cuidados cirúrgicos electivos, mais pacientes são adicionados à lista de espera e apesar de outros irem sendo operados, a lista de espera aumenta e perante uma fonte adicional consecutivamente os tempos de espera também aumentam. O inverso sucede se aumentarmos a oferta de cuidados.

Em diversos estudos efectuados, foi analisado a relação entres os vários recursos disponíveis para cirurgia e o correspondente tempo de espera e concluiu-se não existir uma relação directa entre as duas variáveis (*Sanderson 1982; Frankel 1989; Buttery e Snaith 1979*)¹⁰¹. Também Yates (1987:33), não encontrou uma relação óbvia entre um número limitado de camas e um tempo de espera longo. Estes resultados e outros semelhantes têm vindo a ser interpretados como uma evidência de que os aumentos de fundos tem pouco impacto nos tempos de espera e que o aumento de recursos simplesmente encoraja mais procura (*Pope, C. 1992:578; Roland, M e Morries, R. 1988:599*). Ao nível micro, não

¹⁰¹ Veja-se: *AcKere, Ann Vann e Smith, Peter C. (1999:7)*.

parece haver uma relação entre as admissões às listas de espera e a dimensão das mesmas (Goldacre et al. 1987:1106; Henderson et al.1995:784).

De acordo com um relatório da OCDE (2003f), verifica-se que os tempos de espera, variam ao longo dos países e apesar de muitos países proporem tempos máximos de espera que variam entre os 3 e os 6 meses, esses níveis continuam a ser excedidos com regularidade.

O relatório enfatiza que, nos últimos anos, muitos países têm investido na obtenção de registos sobre tempos de espera para a cirurgia programada. Contudo, apesar de algumas comparações internacionais nos tempos de espera e nos níveis de cirurgia, poucas explicações são encontradas para as causas das variações nos tempos de espera.

Uma importante descoberta neste relatório, é a de que os países medem os tempos de espera de diferentes formas. A mais importante distinção verificada é entre o “tempo de espera dos pacientes admitidos” e o “tempo de espera dos pacientes em lista com data de inscrição”. Ambos apresentam vantagens e desvantagens e os países devem considerar ambas as medidas.

No geral, é demonstrado que o “tempo de espera dos pacientes admitidos” é uma medida mais apropriada, sendo representativa de todos os pacientes e inclui o tempo de espera por completo. Não inclui pacientes que nunca receberam tratamento, os que recusaram o próprio tratamento, ou os que morreram enquanto esperavam. Por outro lado, o “tempo de espera dos pacientes na lista com data de inscrição”, é um enviesamento perante os pacientes em espera há longo tempo, representando um tempo de espera “incompleto”.

Este relatório enfatiza a necessidade de existir, em qualquer sistema de saúde, um rácio óptimo de cirurgia e um rácio óptimo dos tempos de espera, que não seja zero. Contudo, reconhece-se ser difícil quantificar o rácio óptimo de cirurgia ou o do tempo de espera óptimo, devido à incerteza do benefício com o tratamento, especialmente num mundo onde a tecnologia está em permanente mutação. Na prática, os clínicos, os gestores e os políticos, fazem julgamentos e utilizam formas de quantificar os níveis óptimos dos rácios das cirurgias e apropriados tempos de espera.

A evidência de uma longa espera para um procedimento cirúrgico, representa um sinal ambíguo. Pode indicar, um nível abaixo de oferta relativamente ao ponto óptimo de cirurgia, mas poderá igualmente indicar um nível satisfatório do nível de cirurgias

acompanhado por uma excessiva propensão para acrescentar pacientes à lista de espera. A formação das listas de espera depende, não apenas do nível de saídas das listas da espera, mas também do nível de entradas em listas de espera.

Não é tarefa fácil descrever um limite para as políticas dos tempos de espera, nem identificar os seus efeitos ou as suas consequências na relação custo/benefício. As razões desta afirmação residem nos seguintes argumentos:

1. Poucas políticas tem sido realmente monitorizadas e avaliadas após a sua implementação. Em particular, a disponibilidade dos registos dos tempos de espera, por si só, tem sido limitada;
2. Muitas políticas dos tempos de espera têm sido implementadas sob a forma de um pacote global de medidas, dificultando o acesso aos resultados das mesmas medidas ao nível individual;
3. A revisão das políticas, tornam-se incontroláveis, “antes e depois” das comparações. Não se conhecem os efeitos contrários e o que teria acontecido aos tempos de espera perante a ausência da intervenção das políticas.
4. Por fim, é raro encontrar informação sobre os custos de implementação das políticas em si.

Nos últimos anos, todos os países da OCDE têm sentido um rápido crescimento na procura por cirurgias. De acordo com a nossa ilustração no ponto 5.3 existem países, que têm actuado directamente nos tempos de espera, estabelecendo “garantias máximas dos tempos de espera”. As garantias dos tempos máximos de espera tendem “criar um conflito com a prioridade clínica”. Isto significa que os cirurgiões tenderão a tratar primeiro os casos menos urgentes em relação aos mais urgentes. Apesar dos esforços em criar uma fórmula de garantia de espera nos doentes com maiores necessidades, verifica-se a existência de um sucesso relativo, dada a dificuldade em uniformizar as políticas dos tempos de espera.

O relatório da OCDE (2003f), sugere aos países com problemas nos tempos de espera, uma lista de questões de controlo das políticas nesta matéria:

1. Comparar com outros países, os níveis de cirurgias programadas;
2. Comparar com outros países, os tempos de espera para as cirurgias programadas;

3. Analisar a capacidade instalada (particularmente o número de cirurgiões e de camas disponíveis nas unidades públicas e privadas) se correspondem aos níveis das necessidades existentes;
4. Ponderar se eficiência cirúrgica nas unidades públicas é a mais adequada;
5. Existência de regras apropriadas para os procedimentos cirúrgicos no sector público;
6. Existência de incentivos e procedimentos para uma boa gestão da procura (em concreto no que se refere às admissões para as listas de espera pública);
7. Verificar se os doentes admitidos para cirurgia estão dentro dos tempos clinicamente aceitáveis.

“Á semelhança de uma fotografia, uma lista de espera reflecte num preciso momento, o número de doentes inscritos para intervenção cirúrgica, sem revelar o mais importante – o tempo de espera” *Nogueira, M. L. (1998)*.

“It does not matter how many people are on the waiting-lists – what really matters is how long each person has to wait” *Yates, J. (1987:16)*.

5.2. Consequências

Os tempos de espera e as listas de espera são dois assuntos importantes para a maior parte dos países Europeus.

Listas de espera muito longas, são um problema para os pacientes, não só porque causam incerteza, mas também devido ao estado de saúde do paciente, que pode piorar se não for tratado a tempo.

Conforme já referimos, em muitos países, a acessibilidade às intervenções cirúrgicas são ameaçados quando o aumento da procura excede a oferta. Como consequência, os pacientes têm que esperar para receber procedimentos cirúrgicos electivos. Para combater a problemática dos tempos de espera, elevados orçamentos de saúde pública são gastos com vista a aumentar a oferta de cuidados.

Para uma gestão eficaz das listas de espera, é necessário ter em conta a avaliação das suas consequências e o ónus provocado, permitindo desta forma efectuar julgamentos apropriados sobre a aceitabilidade dos tempos de espera e consequentemente ajustar prioridades no acesso às intervenções cirúrgicas.

Apesar da importância deste aspecto, surpreendentemente poucos documentos discutem as consequências da espera para cirurgia. Contudo, da literatura investigada constatamos as seguintes consequências, também identificadas como custos directos e indirectos¹⁰² das listas de espera:

- a) Consequências físicas da espera: um agravamento da patologia do doente e a sua possível deterioração em consequência da espera. Dependendo da natureza da patologia, conclui-se sobre possibilidade de progressão gradual ou de agudização da doença. Embora não pondo em causa o risco de vida dos utentes, contribui decerto para uma degradação da qualidade de vida dos mesmos.
- b) Consequências psicológicas da espera: o tempo de espera conduz a um prolongamento da doença e dos sintomas com consequências psicológicas nos pacientes, nomeadamente um distúrbio ao nível emocional. A este propósito e de acordo com um estudo efectuado por *Hilkhuyzen et al (2004:2)*, os pacientes revelaram respostas emocionais ao diagnóstico da doença e ao atraso no tratamento da doença, tal como a ansiedade, frustração, raiva e depressão. Os peritos referiram também apreciações ao nível cognitivo como a incerteza, preocupação e stress a respeito de o que poderia acontecer durante o tempo de espera, ou se o atraso afectaria a recuperação no pós-operatório. Verificou-se ainda que os pacientes lidam com a espera de maneiras diferentes. Alguns pacientes resignam-se à espera, outros tentam obter informações sobre um tratamento alternativo.
- c) Consequências sociais da espera: entre as consequências sociais da espera, os peritos relataram que o atraso no tratamento poderia afectar o normal funcionamento social dos pacientes, podendo necessitar de abandonar a actividade normal, ou temporariamente conduzir a relacionamentos alterados com a família e colegas. Um outro aspecto importante é o impacto no trabalho. A espera pode conduzir ao prolongamento da licença por doença ou requer ajustes na distribuição das funções.
- d) Consequências económicas: que compreende um aumento das despesas da saúde em fármacos, necessários ao controlo do estado de saúde do doente.

¹⁰² Um custo é directo quando é directamente atribuível à produção de um produto. No caso em concreto, são custos directos de uma intervenção cirúrgica, por exemplo o produto anestésico. O custo indirecto, não pode ser directamente atribuído a um produto particular. No âmbito das intervenções cirúrgicas, são custos indirectos, por exemplo os custos com a energia eléctrica da sala de operações.

O nosso estudo sumariou estas consequências da espera para cirurgia electiva, e sugere que existem factores que devem ser tidos em conta ao avaliar o impacto das listas de espera, nomeadamente na qualidade dos cuidados.

Obviamente as consequências da espera vão além das severas implicações clínicas, passam também a atrair a atenção da maioria do público. Para um paciente, o somatório de todas as consequências determinam a aceitabilidade do tempo de espera, daqui decorre o papel dos critérios de prioridade.

Segundo *Pita Barros e Pau (2000)*, o custo marginal da espera aumenta com a gravidade da doença. Isto garante que quanto mais grave for a condição do paciente, maior será a sua vontade em pagar pela redução do tempo de espera.

A par do exposto e referenciando *Lombardía (2000:693)*, a actual estratégia dos sistemas públicos contra as listas de espera produz incentivos perversos que, paradoxalmente, as protegem e alimentam. Segundo o autor, destinar fundos extraordinários para combater a duração das listas de espera é um factor resolutivo. As unidades hospitalares com largas listas de espera recebem mais dinheiro do que aquelas unidades que têm a “casa limpa” *Williams, A. (1993:296)*. Os recursos são distribuídos na proporção directa à demora, que na lógica representam um estímulo à inclusão e continuidade de fundos em unidades hospitalares com listas de espera.

Os hospitais encontram também nas listas de espera um argumento favorável ao crescimento dos seus serviços, com vista ao prestígio institucional. Embora errónea, existe junto da população a ideia de que as listas de espera são indicadores de uma insuficiência financeira e de meios técnicos. A este propósito *Klein e Day (1991:5)* referem que “No one as yet found a positive correlation between local resource levels and the length of the local queue”.

Os incentivos perversos afectam igualmente a produtividade do sistema. O médico especialista que, em certa medida, tem o poder de encurtar ou alagar a sua lista de espera, consegue aumentar os seus rendimentos sendo pouco produtivo: quando o desejar procura que as listas se prolonguem, crescendo a procura dos seus serviços fora do sistema público, incrementando deste modo os seus rendimentos. Com as dilatadas listas de espera em traumatologia, no Reino Unido cerca de 26% das próteses da anca são colocadas no sector privado, *Robinson, R. (1988:30)*.

5.3. O Contexto Internacional

Existem diferentes propostas levadas a cabo por países europeus para a abordagem das listas de espera. Algumas delas, são resoluções de comissões criadas como instâncias de Governos/Ministérios para rever a problemática das listas de espera e elaborar recomendações a este respeito.

As propostas em causa podem agrupar-se em três grandes tipos:

1. Propostas para reduzir a dimensão das listas de espera, actuando ao nível da oferta e da procura

a) Aumentar a capacidade do sistema – Oferta:

Trata-se de uma política aplicada tanto a curto prazo, através de planos de combate e canalização de verbas próprias, como a médio prazo com a criação de unidades cirúrgicas específicas dirigidas a patologias/procedimentos que geram maior lista de espera (uma das medidas dirigidas pelo Reino Unido) *Frankel e West (1993:130)*.

Este tipo de iniciativa procura aumentar os recursos estruturais e humanos (mais blocos operatórios, mais camas e mais profissionais), assim como a sua utilização (ampliar horários de funcionamento dos blocos operatórios) para dar lugar a um maior número de atendimentos a pacientes que estejam em lista de espera.

Estas medidas são efectivas, sempre que o hospital possa estabelecer uma política de reajuste interno dos recursos (blocos operatórios, camas, etc.) entre diferentes especialidades médicas e cirúrgicas com vista aos aumentos de produtividade.

Os planos de combate ou a canalização de fundos específicos (medidas de curto prazo) permitem encurtar as listas e os tempos de espera. Ao mesmo tempo, tem uma repercussão pública positiva.

Estas políticas poderão ser consideradas limitadas, uma vez que actuam a curto prazo e caracterizam-se por ser genéricas, isto é, são pouco discriminatórias entre os hospitais eficientes e não eficientes. Não dispõe de qualquer incentivo positivo para aqueles que gerem de modo eficiente a sua procura.

Diversos países que desde há algum tempo aplicaram planos de combate, mediante dotações extraordinárias, para reduzir as listas de espera, constataram o seu fracasso (Suécia, Noruega, Irlanda).

Um conjunto de políticas dirigidas à redução do número de pacientes em lista de espera nem sempre é o reflexo claro de um aumento da produtividade do sistema de saúde. Muito provavelmente traduzirá um maior acesso aos serviços de saúde (especialmente em casos de cirurgia) daqueles casos menos complicados e que requerem cuidados menos prolongados. Certamente que isto conduzirá, a curto prazo, a uma redução do número de pacientes em lista de espera, contudo aqueles que vão ficando em lista, serão os que apresentam condições de maior complexidade e que também tiveram maior tempo de espera, *Propper, C. (2000:8)*.

b) Aumentar o uso dos serviços de saúde privados através:

- Da compra selectiva de serviços ao sector privado. Trata-se de contratar maior volume de compra e está normalmente ligado ao estabelecimento de tempos de garantia nas listas de espera;
- Subsidiando os pacientes que recorrem ao sector privado.

Esta proposta surge em países onde o sector privado de seguros de saúde está bastante desenvolvido e, em geral, se delineiam condições específicas e em função das diferenças na cobertura das prestações de saúde entre o sector público e o privado. Em concreto, refere-se à subvenção por parte do sistema público do material protésico (cirurgia de substituição da anca ou do joelho), que não recebe a cobertura do sistema privado, permitindo que os pacientes que tenham um seguro privado sejam operados no sistema privado. Em ambos os casos, estas práticas tendem a ser acompanhadas de uma regulação efectiva que garanta a qualidade da assistência prestada. Como “vantagem”, uma política deste tipo, claramente favorece o seguro privado (com um papel complementar do sistema público) que pode ter efeitos positivos a curto e médio prazo sobre alguns procedimentos específicos.

No entanto, trata-se de uma política que pode sacrificar a equidade, como ainda pode ter um efeito contra produtor. Isto é, dar lugar a que os pacientes em vez de se deslocarem ao sistema privado (suportando os encargos do material protésico), se desloquem ao sistema público para obter a subvenção. A este propósito podemos dar o exemplo Canadano onde existe um seguro de saúde de tipo privado, contudo, este não pode oferecer determinados procedimentos que a cobertura pública disponibiliza, *Iglehart, J. (2000:2010)*.

c) Utilização de cuidados de saúde noutros países:

Este mecanismo, chamado modelo E-112, permite a casos não urgentes (electivos) receber assistência de saúde noutro país da União Europeia, sendo condição necessária a prévia autorização do país de origem.

Na maioria dos países, este mecanismo só se utiliza para procedimentos ou intervenções que não se realizam no próprio país, ou das quais não se tenha suficiente experiência. A normativa para a utilização do modelo E-112 estabelece que a autorização não pode ser negada, quando o tratamento em questão está incluído dentro das prestações cobertas pelo Estado Membro onde a pessoa reside e quando este não pode oferecer dentro do tempo considerado necessário, tendo em conta o estado de saúde do paciente e o decurso provável da doença, *Palm et al (2000:19)*.

Quer isto dizer que uma autorização tenderia a não ser negada, quando se refere a um tratamento para o qual o paciente tem que esperar no seu país mais tempo do que aquele que é considerado clinicamente aceitável. A “vantagem” desta medida proporciona o acesso a pacientes que necessitem de uma técnica específica, de maneira eficiente (incentivando os profissionais a capacitarem-se para técnicas sofisticadas).

De referir que o grau de restrição/selecção na utilização deste mecanismo é muito desigual tanto entre países (praticamente nulo no Reino Unido e muito utilizado na Itália), como dentro do mesmo país (na Suécia este sistema foi bastante utilizado na cirurgia cardíaca no período de tempo imediatamente posterior à regulação do tempo máximo de espera para este procedimento) *Bos et al (1996)*.

Em Itália, (especialmente no norte de Itália) muitos pacientes recebem assistência de saúde nos países fronteiriços (especialmente em França) para procedimentos comuns. O uso deste sistema pode gerar uma procura de serviços de necessidade não urgente, isto é, os pacientes que estão e lista de espera no seu país podem ver este sistema como uma espécie de alternativa à sua espera, acarretando elevados custos ao sistema de saúde do paciente (como se observou em Itália).

d) Reduzir/moderar a oferta.

Esta medida refere-se ao estabelecimento de políticas globais dirigidas a um pacote de serviços/prestações de saúde incluídos na cobertura pública (o caso mais notável refere-se aos Estados Unidos para pacientes da Medicare e Medicaid)¹⁰³.

Existem factores que determinam a oferta dos procedimentos electivos. Trata-se do estabelecimento de critérios de selecção (critérios de indicação) dos pacientes que entram em lista de espera.

Como “vantagem”, podemos destacar que se trata de um sistema explícito, resultante da participação de diferentes sectores sociais, contribuindo para uma melhor aceitação desta medida e para a regulação do mercado.

Este aspecto positivo também tem a sua “limitação” pelo facto de se estabelecerem prioridades sobre diferentes graus do conhecimento científico e clínico. O facto de se introduzirem possíveis critérios de ordem social, pode dar lugar a uma prioridade de procedimentos que afectem muitos pacientes, mas cujo grau de benefício clínico pode ser menor do que aqueles outros procedimentos com menos pacientes afectados mas cujos benefícios são substancialmente maiores.

e) Reduzir/moderar a procura.

Dentro destas políticas temos que reconhecer, primeiro de tudo, que a existência das listas de espera é um factor de “limitação” da oferta, como é também um desincentivo da procura. Uma das medidas utilizadas para desincentivar a procura é a introdução de um modelo co-pago¹⁰⁴. Em alguns países onde se revela não existirem listas de espera, são utilizadas estas medidas para ingressar nos hospitais (por exemplo na Alemanha e em França).

Este mecanismo tem como “vantagem” o incremento de recursos no sistema a partir de um melhor financiamento, ao mesmo tempo que consciencializa a população do uso adequado dos serviços de saúde. Não obstante, tem uma “limitação” que deriva das suas possíveis implicações na equidade (iniquidade de acesso para rendimentos mais baixos). Ao mesmo tempo, é uma medida que em sistemas nacionais de saúde,

¹⁰³ Nos Estados Unidos, a oferta de cuidados de saúde é maioritariamente privada e 75% dos americanos estão cobertos por um seguro de saúde privado. O Estado intervém unicamente para os casos dos mais desprotegidos, prestando assistência médica gratuita (Medicaid) e para os utentes de idade mais avançada (Medicare).

¹⁰⁴ No sistema de co-pagamento o Estado comparticipa com uma parte das despesas e o restante fica a cargo dos utentes.

em que o utente não está habituado a pagar directamente os cuidados de saúde, requer de um processo de educação e consciencialização social.

f) Alterações legislativas:

Em alguns países a existência de regulamentações específicas relacionadas com a disponibilização de serviços poderá ser uma das causas da origem das listas de espera, por este motivo modificou-se a legislação a este respeito. Este terá sido o caso da Holanda onde os cuidados de saúde por parte do pessoal de enfermagem especializada só se podia obter em ambiente hospitalar, o qual levaria a que os pacientes tivessem uma estadia média elevada e se verificassem atrasos na disponibilização de procedimentos que requeriam o ingresso hospitalar, por falta de camas.¹⁰⁵ A mudança da regulamentação, permite agora a assistência ao domicílio por parte do pessoal de enfermagem especializado.

Como “vantagem” desta medida, podemos mencionar o descongestionamento da lista de espera, uma melhor satisfação e conforto do paciente, caso este possa levar a cabo o seu pós-operatório em casa e assistido de uma maneira adequada. Como “limitação”, é de referir que esta é uma medida requer uma adequada coordenação entre os níveis de assistência.

2. Propostas para reduzir o tempo de espera

a) Aumentar a capacidade resolutive dos cuidados primários e melhorar a coordenação entre os níveis de cuidados primários e especializados.

Segundo *Freeman e Hjortdahl (1997:1871)* esta medida tende a permitir reduzir a pressão assistencial nas consultas externas dos hospitais. Tem como “vantagem”, uma melhor coordenação na assistência, onde os cuidados primários assumem um papel mais activo no diagnóstico/seguimento. Permite uma maior dedicação do cirurgião à actividade cirúrgica propriamente dita, isto é, os pacientes poderiam chegar diagnosticados ou com meios complementares de diagnóstico e terapêutica já realizados aquando dos cuidados primários e, ao mesmo tempo, permite ser aceleradas as altas das consultas externas.

Uma boa coordenação assistencial e a presença de cirurgiões nos Centros de cuidados primários, pode significar uma maior resolução de procedimentos fora do ambiente

¹⁰⁵ Trata-se da sobrelotação para cuidados de enfermagem e a sublotação para procedimentos cirúrgicos.

hospitalar assim como também uma maior dedicação à actividade cirúrgica. Quanto às limitações, podemos mencionar as possíveis resistências dos especialistas a estas medidas, pelo facto de não poder seguir pessoalmente o doente intervencionado. Neste sentido é frequente argumentar-se que o médico que opera, ou aplica um tratamento específico, tem que seguir o paciente dado que é quem sabe as circunstâncias relacionadas com o acto cirúrgico/tratamento específico, cujas consequências podem condicionar os resultados clínicos do paciente.

Outra “limitação”, poderá ter origem na falta de incentivos para fomentar o trabalho de coordenação entre níveis assistenciais, ou o próprio sistema de financiamento dos hospitais que não está preparado para assumir uma parte da sua actividade a outros níveis.

b) Favorecer a cirurgia ambulatória ou os procedimentos alternativos

Esta medida tem tido um grande desenvolvimento nos últimos anos, em todos os países europeus. A sua “vantagem” radica em disponibilizar certos procedimentos terapêuticos de maneira mais eficiente.

Esta medida surge como consequência das pressões para controlar os gastos da saúde e adoptar os avanços no âmbito das técnicas cirúrgicas/anestésicas. O desigual desenvolvimento da cirurgia ambulatória entre países tem muito que ver com o sistema de financiamento dos hospitais.

Além facto de favorecer procedimentos alternativos, faz-se também referência ao recente guia de NICE (National Institute of Clinical Excellence, do Reino Unido) sobre a potencialização do uso de “stents”¹⁰⁶ coronários e do cateterismo terapêutico coronário, como alternativa à cirurgia coronária tradicional, cujas repercussões representam uma redução das listas de espera, (*Beecham, L. 2000:1293*).

Como “limitação”, mencionamos o facto de que a introdução de novas técnicas/procedimentos cirúrgicos/anestésicos podem ter um efeito no aumento da procura. Operariam-se mais pacientes do que com as técnicas convencionais, quer pelo seu perfil de alto risco, ou pacientes com um desenvolvimento patológico, que

¹⁰⁶ *Stents Coronários* são molas ou malhas, na maioria de aço inoxidável, que colocados nas artérias coronárias, nos locais onde existem lesões, servem para manter as paredes do vaso afastadas entre si e manter a placa de gordura junto à parede. A sua introdução na artéria faz-se utilizando um cateter balão. Insufla-se o balão ao nível da lesão distendendo o *stent*. Após esta operação retira-se o cateter e o *stent* devidamente posicionado na artéria.

ao verem diminuído o risco associado a uma intervenção cirúrgica tradicional, prefeririam esperar mais tempo até aceder ao procedimento cirúrgico.

c) Estabelecimento de tempos máximos de espera, também chamados de tempos clinicamente aceitáveis.

Esta foi uma política implementada em diversos países (Suécia, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Finlândia) e para procedimentos seleccionados. Baseia-se em definir um tempo máximo de espera, a partir do qual o paciente tem direito a receber assistência, a cargo do sistema público, noutra centro hospitalar (público ou privado). A “vantagem” ao garantir-se tempos máximos de espera, é assegurar que o paciente tenha acesso a um tipo de cuidados necessários aumentando a satisfação deste com o sistema em vigor. Na prática, esta política tem sido aplicada de modo desigual entre países, uma vez que a criação de uma alternativa ao paciente atribui responsabilidades ao hospital, nomeadamente no que se refere aos custos.

Entre as limitações, assinalamos que este sistema pode não ser efectivo se não tiver em conta a realidade assistencial em cada unidade. Neste sentido, o profissional é quem decide em última instância a prioridade do paciente que tem que operar, em função de diversos factores e que, em alguns casos, podem conduzir ao incumprimento dos tempos máximos de espera.

Além disso, em situações como a pressão das urgências podem destabilizar a actividade programada, uma vez que a actividade urgente não pode ser derivada para qualquer outro recurso assistencial: isto pode fazer com que um hospital não cumpra os tempos máximos de espera.

Ao mesmo tempo, o estabelecimento de tempos máximos de espera pode ter implicações legais. Qualquer sistema deste tipo, tem que aceitar a responsabilidade legal e a resolução do problema do paciente quando o critério estabelecido não está a ser cumprido. Além disso, constata-se na literatura que o renascer das listas de espera tem muito a ver com a distribuição geográfica dos recursos. Assim, muitos pacientes preferem esperar mais tempo (acima do limite estabelecido) para poderem ser operados num hospital mais perto e não terem que se deslocar (pacientes e familiares). Por outro lado, o facto de operar um paciente que está há mais tempo à espera não dá garantia que se operem aqueles que mais necessitam. Neste sentido,

alguns países (Reino Unido) combinam critérios de acordo com o perfil clínico e social do paciente com tempos de espera.

d) Medidas de tipo organizativo que melhorem a eficiência.

Dentro deste pacote de medidas encontra-se a descentralização da gestão das listas de espera (é por exemplo o caso das regiões de saúde na Holanda e as autoridades sanitárias locais no Reino Unido).

Outra das medidas utilizadas por alguns países como a Holanda é a criação de centros coordenadores das listas de espera que monitorizam a dinâmica destas ao nível nacional, dando apoio aos hospitais. O apoio baseia-se em encontrar outros hospitais cujos tempos de espera sejam inferiores no sentido de derivar os pacientes. Torna-se evidente de que a introdução de mecanismos que melhorem a organização e a gestão dos pacientes dentro dum hospital (por exemplo a introdução de um gestor de camas) pode ter um impacto positivo na diminuição das listas de espera a um custo adicional pequeno. Estas iniciativas têm como vantagem a visão de conjunto da dinâmica das listas de espera e dos seus tempos máximos, facto que permite levar a cabo actuações rápidas caso necessário.

Como “limitação”, salientamos o facto de que a participação de um organismo externo nos hospitais, poderá ser visto como uma intromissão à sua gestão interna. Ao mesmo tempo, para manter um volume adequado e rentável de pacientes intervencionados, podem os hospitais operar com mais frequência os casos de menor risco, protelando os casos de risco superior com vista ao reencaminhamento para outros hospitais. Por este motivo, um apoio externo visando agilizar as listas de espera e diminuir os tempos médios teria que considerar o perfil dos pacientes operados em cada unidade hospitalar.

3. Propostas para racionalizar as listas de espera

a) Criar ou melhorar os sistemas de informação sobre as listas de espera.

Parece claro que antes de qualquer proposta para abordar a problemática das listas de espera, faz falta a existência de informação detalhada acerca destas, (*Sanmartin et al 2000: 1305*).

Neste sentido, existem múltiplas referências às causas da falta de precisão dos dados sobre as listas de espera (doentes em várias listas, doentes já falecidos, utentes que

não querem ser operados, etc.). De acordo com um relatório do Ministério da Saúde Irlandês (*Minister of Health and Children 1998*) observaram-se em diversos casos uma redução importante da lista de espera depois de a submeter a um processo de validação.

Na prática, os sistemas precisos e uniformes de recolha de informação sobre as listas de espera varia entre países, quer pela sua amplitude (procedimentos, diagnósticos ou terapêuticas incluídas), como também quanto à responsabilidade na sua recolha e manuseio. Outros sistemas de informação, que podem ter a sua influência no manuseio das listas de espera, fazem referência aos registos estabelecidos em alguns países e por alguns procedimentos (como é o caso dos registos de artroplastias da anca e joelho nos países nórdicos).

A “vantagem” destes sistemas de informação, pode contribuir para modificar a prática médica e a redução da variabilidade na utilização do material protésico, contribuindo para uma melhoria na eficiência do procedimento.

A “limitação” fundamental radica em estabelecer um consenso nos critérios de inclusão, na metodologia e na coordenação na recolha de dados, facto que supõe um esforço importante, um consenso profissional amplo e ainda um compromisso político no uso final a dar aos dados. Outro aspecto a considerar dentro da melhoria dos sistemas de informação, situa-se ao nível micro dando a possibilidade ao paciente que se encontra em lista de espera, conhecer o tempo da sua espera. Poderá ser uma forma de evitar a angústia de grande parte dos pacientes.

b) Análise e publicação dos dados das listas de espera, tempos de espera globais dos diferentes prestadores.

Além de uma recolha detalhada de dados, o facto de os tornar públicos (na Internet fundamentalmente) já constitui por si só, uma forma de abordar as listas de espera. Esta medida pretende reduzir tanto o tempo de espera como a própria lista de espera. A “vantagem” atribuída a esta medida reside no facto de que ao torná-la pública, a situação de cada prestador cria uma concorrência real do mercado com vista a reduzir a lista e o tempo médio de espera.

Isto é claramente patente no Reino Unido (dados agregados e centralizados, dados por regiões de saúde e dados por hospital), respondendo não apenas a uma vontade política de transparência, mas também ao possível efeito desta medida, especialmente

quando se apresentam dados do sector hospitalar. O conhecimento destes dados pode forçar os hospitais a melhorar a eficiência na utilização dos recursos ao seu alcance e aqueles outros recursos extraordinários que possam vir a receber. Por outro lado, o conhecimento dos utilizadores, da situação dos hospitais, pode facilitar aos pacientes a selecção do hospital que proporcione um tratamento mais rápido. Poderá ainda, ajudar os pacientes, a reflectir sobre a sua disposição para ser intervencionado num hospital fora da área de residência, caso necessite de um procedimento cirúrgico.

Este benefício, é proporcionado em países onde os pacientes podem optar por um hospital e/ou o especialista, como por exemplo na Holanda. A informação sobre o estado das listas de espera pode levar a que o paciente não procure o serviço, tomando ele mesmo a própria decisão. Como “limitação”, sugere-se que a disponibilidade da informação pode incitar a actuações perversas (como por exemplo o incremento da utilização do modelo E-112) ou contra producentes (como por exemplo denúncias e litígios) para o sistema.

Por fim, os prestadores podem mostrar relutância em publicar os dados, uma vez que estão estabelecidas determinadas penalizações caso não se atinjam determinados níveis de actividade acordadas, ou não se cumpram os tempos clinicamente aceitáveis.

c) Estabelecimento de critérios clínicos e sociais de prioridade nas listas de espera.

A forma tradicional de gerir as listas de espera, tem sido utilizar o tempo de espera como argumento básico para prestar o serviço aos utentes. De facto, apesar de o tempo de espera ser o único critério explícito, é também verdade que o profissional tem em conta outros factores, no momento da selecção do paciente a tratar. Neste sentido, algumas sociedades médicas, como a British Medical Association (BMA), assinalaram que o tempo de espera como único critério poderia estar em contradição com outros princípios baseados na necessidade dos pacientes. Nem sempre quem leva mais tempo à espera, é quem mais necessita de ser sujeito a uma intervenção cirúrgica.

Entre os sistemas que foram propostos para destinar recursos ou tomar decisões sobre as prioridades, estão aqueles que combinam diversos critérios: trata-se de sistemas mistos. Entre estes, é de destacar os sistemas lineares de pontos, que adoptam diversos critérios considerados importantes. Cada um destes critérios é medido numa

escala, somando pontos a cada nível de cada escala. É sobre a base desta pontuação que se ordena a lista de espera, ao mesmo tempo que se determina a urgência da intervenção cirúrgica (tempos de espera máximos). Entre as vantagens destes sistemas está a necessidade de combinar diversas características quando não se verifica um critério de destaque.

Entre os inconvenientes está a necessidade de reduzir estas variáveis ou critérios a um número que seja determinante na selecção do paciente. Destas políticas são habitualmente referidos na literatura médica, os procedimentos específicos como a substituição total ou parcial da anca e prótese do joelho, cirurgia cardíaca e coronária e cataratas, verificados em diferentes países como algumas regiões do Reino Unido, Nova Zelândia e Canadá.

Foram aplicadas diferentes metodologias na elaboração destes critérios e sua ponderação: desde o método de consenso entre peritos (Canadá e Nova Zelândia) onde se consideraram critérios clínicos, a métodos que dão entrada a uma maior representação da população e onde também se consideram critérios sociais.

Como particularidade, destaca-se o sistema da Nova Zelândia na cirurgia cardíaca coronária, onde existem também pontos mínimos para poder entrar na lista de espera. Como “vantagem”, cabe mencionar que estes sistemas de prioridade propostos objectivam combater a gestão das listas de espera segundo a ordem de chegada. Isto é, utilizando estes critérios serão operados os pacientes que mais necessitam sob o ponto de vista clínico e social. Outra “vantagem” é que não se considera nenhum critério de forma exclusiva, mas se tem em conta um conjunto de critérios. Neste sistema de pontuação linear o paciente tem conhecimento do seu nível de prioridade em relação aos outros pacientes em lista de espera, podendo deste modo prever quando será intervencionado.

Entre as limitações, destacam-se que os sistemas de prioridade, ainda que sejam muito explícitos, transparentes e elaborados com a máxima participação, não são uma garantia absoluta de protecção face a eventuais manipulações por parte dos profissionais, pacientes e familiares. Ao mesmo tempo, haverá sempre pacientes que ficarão em fila de espera podendo afectar o seu estado de saúde geral como por exemplo as depressões.

Podemos ainda assinalar que o estabelecimento de critérios deveria ser efectuado para cada procedimento e que, a ser efectuado de maneira rigorosa e válida, requer um esforço em tempo e recursos. Finalmente, este tipo de medidas poderão precisar de actualizações ao longo do tempo, já que os critérios pontuados podem variar a médio e longo prazo, como consequência de vários factores (por exemplo alteração dos factores sociais). Apesar da dificuldade para os clínicos encontrarem critérios de prioridades comuns e consensuais, é indispensável a sua participação. Por último, mencionamos o facto de que é necessário dispor de uma boa organização dos serviços assistenciais e de um sistema de informação adequado, para a recolha de dados e aplicação deste sistema de prioridades.

d) Políticas específicas de sistemas de financiamento dos prestadores

Trata-se de modificações nos sistemas de pagamento (hospitais, regime se ambulatorio e do material protésico) e de contratação. Trata-se do pagamento provável por Grupos de Diagnósticos Homogéneos – GDH (referimos que a potenciação de um sistema de pagamento por GDH em Itália na cirurgia cardíaca foi a causa do aumento notável de actividade em que o volume das intervenções permitiu a redução das listas de espera). Nos Estados Unidos, por exemplo, dentro do pagamento provável por GDH, o custo do material protésico está incluído no valor do GDH. Na Austrália, na região de Victória, modificou-se o sistema de pagamento dos hospitais públicos, a partir do financiamento por pressupostos globais até a um sistema baseado no case-mix¹⁰⁷, relacionando o reembolso com a actividade, especificamente no que se refere à lista de espera. Como consequência, verificaram-se reduções importantes no número de pacientes considerados urgentes com esperas superiores a 30 dias, e reduções no número de pacientes de menor urgência que tinham esperas inapropriadas, *Street, A. e Duckett, S. (1996:15)*.

Como “vantagem”, esta medida permite pagar cada procedimento médico com um valor mais aproximado do seu custo real.

Como “limitação”, este sistema de pagamento requer uma actualização dinâmica de acordo com os avanços científicos (por exemplo a alteração de preços do material protésico). Além do exposto, a maioria dos hospitais não dispõem uma contabilidade

¹⁰⁷ O Case mix, refere-se ao grau de complexidade da patologia.

analítica adequada a calcular os custos médios para cada procedimento ou acto clínico.

e) Políticas integradoras a médio e longo prazo

Estas políticas costumam surgir a partir de comissões específicas e multidisciplinares, onde se define uma abordagem globalizada das listas de espera (é o caso da Irlanda e da Holanda). Em muitos casos são efectuadas projecções demográficas futuras, especialmente no que se refere aos idosos. Trata-se de propostas que fazem referência:

- Aos cuidados primários (com garantias de qualidade, procedimentos ou cirurgias restringidas, assim como o seguimento dos pacientes no pós operatório);
- À gestão das camas de agudos nos hospitais (melhorando a gestão das camas hospitalares e potenciando os programas de ambulatório);
- À focalização em determinadas especialidades e procedimentos em lista de espera;
- À moderação da procura de cuidados geriátricos em hospitais de agudos, criando centros assistenciais para pacientes crónicos, unidades de cuidados prolongados e potenciação dos cuidados domiciliários.

Dentro destas políticas globais e a longo prazo podemos considerar também o favorecimento possível através de incentivos fiscais, de sistemas alternativos privados de seguros de saúde. Seja ele convencional (como é o caso do Reino Unido durante os governos conservadores) ou aquele outro sistema de incidência progressiva de seguros de cuidados de saúde.

A acrescentar ao exposto, mencionam-se as políticas de fomento uma participação dos profissionais e da população nos cuidados de saúde e o desenvolvimento de estratégias formativas.

5.4. Prioridades Nacionais

5.4.1. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

As listas de espera apresentam-se como o resultado entre uma procura excessiva e uma oferta limitada, verificando-se a sua existência na quase totalidade dos hospitais

públicos, o que traduz objectivamente uma má acessibilidade ao Serviço Nacional de Saúde, nas suas vertentes programáveis.

Em Portugal, o problema das listas de espera nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde constitui, actualmente, um dos mais relevantes problemas existentes, motivado pelo difícil acesso aos serviços públicos, o que penaliza fortemente os grupos sociais mais desfavorecidos económica e geograficamente.

“...garantir a acessibilidade dos portugueses aos cuidados de saúde, em especial no que se refere às listas de espera cirúrgicas e à melhoria do acesso aos cuidados primários...” (*Governo da República Portuguesa 2004*).

Conforme se verifica no capítulo II, constata-se uma preocupação por parte dos sucessivos Governos, no que se refere ao combate às listas de espera cirúrgicas.

Assim, depois de terminar o PECLEC a Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, publicada em 24 de Junho de 2004, pretendeu implementar o “(...) Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC), que tem como objectivo minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma, garantindo, de uma forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível”¹⁰⁸.

O regulamento do SIGIC foi aprovado pela Portaria nº 1450/2004 de 25 de Novembro. Este sistema pretende ser uma medida estrutural que, consequentemente, evite o recurso sucessivo a programas de choque.

À semelhança dos programas anteriores, foi aprovada uma “tabela de preços relativa à produção adicional a realizar no âmbito do SIGIC nas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas, do sector social e do sector privado...”¹⁰⁹.

Este Sistema, que se pretende seja universal, abarcando grande parte da actividade cirúrgica desenvolvida nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, apoia o seu funcionamento em unidades a criar a nível central, regional e local e tem como suporte informático o Sistema Informático de Apoio à Gestão da Lista de Inscritos (SIGLIC),

¹⁰⁸ “O novo programa para acabar com as listas de espera foi ontem aprovado em Conselho de Ministros. O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia tem como objectivo «minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia e a realização da mesma». O ministro da Saúde, Luís Filipe Pereira, referiu em Abril, quando o apresentou, que esse prazo não devia ultrapassar os seis meses. Actualmente, cerca de 150 mil pessoas aguardam por uma cirurgia e esperam em média nove meses” (*Araújo, R. 2004, Julho 01*).

¹⁰⁹ Esta tabela foi aprovada pelo Despacho nº 24036/2004 (2ª Série) de 22 de Novembro.

programa desenvolvido no âmbito do Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF).

O SIGIC iniciou a sua vigência, em regime experimental, até 30 de Junho de 2004, no âmbito das Administrações Regionais de Saúde do Alentejo e do Algarve. A aplicação do SIGIC às Administrações Regionais de Saúde do Centro, do Norte e de Lisboa e Vale do Tejo visava ser feita até 31 de Dezembro de 2004.

Assim, o Governo assumiu um compromisso de realizar reformas urgentes neste domínio, norteadas pela preocupação de atribuir aos destinatários do Serviço Nacional de Saúde um atendimento de qualidade e em tempo útil. O SIGIC é uma medida que consta das Grandes Opções do Plano para 2005/2006 e que está a ser implementada em diversos hospitais a nível nacional.

Nas últimas décadas assistimos a uma crescente procura de cuidados de saúde como consequente aumento dos custos. Levanta-se um problema crucial que se prende com o equilíbrio entre a escassez de recursos e uma procura galopante e aparentemente incontroável. O controlo dos custos com a saúde tem sido razoavelmente conseguido embora à custa de ineficiências micro económicas, traduzidas em longas listas de espera, cuidados despersonalizados, insensibilidade perante as preferências do cidadão, subaproveitamento de recursos, dotando esta questão de alguma pertinência, não só de índole política como também de índole social.

5.5. Recomendações da HOPE

Os tempos e as listas de espera cirúrgicas são um fenómeno sem fronteiras.

Neste contexto em Março de 1998, o Comité de Hospitais da União Europeia (HOPE) criou um grupo de trabalho com o propósito de emitir um relatório de medidas para reduzir as listas de espera cirúrgicas.

Este projecto teve a participação da Espanha, da Irlanda e da Finlândia.

Deste relatório (*HOPE 2001*) resultaram as seguintes recomendações:

1. A gestão da lista de espera deve ser vista como componente da aquisição de ganhos na saúde para a população;
2. Nos cuidados de saúde, têm de ser tomadas decisões cujas prioridades devem ser feitas dentro e entre as diferentes especialidades;

3. É reconhecido que a medicina deve enquadrar-se numa rede ética, com especial atenção por aqueles que não dispõe de capacidades para providenciar os seus próprios cuidados;
4. Os cuidados de saúde não podem assentar numa base económica, contudo em alguns níveis existem escolhas que deverão ser feitas;
5. Todos os aspectos do sistema de cuidados de saúde, devem ter em conta a sua rentabilidade económica;
6. Sempre que possível as medidas devem ser fundamentadas e não sendo possível devem ser tomadas de acordo com uma melhor prática;
7. A gestão das listas de espera deve fazer parte de um processo contínuo, desde a admissão do doente, até ao processo de alta;
8. Devem ser estabelecidos tempos de espera estandardizados entre diferentes países;
9. Devem ser criados critérios comuns ao nível nacional, para admissão dos pacientes às listas de espera;
10. Deverá ser estabelecido um critério para as intervenções cirúrgicas urgentes;
11. Devem ser acordados objectivos bem definidos, para os tempos de espera a nível regional e nacional;
12. A informação sobre as listas e tempos de espera devem estar disponíveis e serem amplamente publicitadas;
13. A terminologia utilizada deve ser bem definida e estandardizada dentro e entre países;
14. Deve existir uma clara responsabilidade pela gestão das listas de espera, sendo reconhecido que indivíduos com qualidades de liderança são aqueles que mais sucesso têm na gestão de hospitais e das listas de espera;
15. A responsabilidade da gestão das listas de espera deve ser designada e assumida a altos níveis, o bastante para assegurar a sua confiança e objectividade;
16. Os sistemas devem ser estruturados e geridos de tal forma que assegurem a contabilização dos seus custos em todos os níveis;
17. Os sistemas deverão ser analisados em pormenor de modo a compensar o próprio sistema e penalizar todos os desvios que se possam verificar;

18. Deve-se trabalhar no sentido de desenvolver estas recomendações e torná-las específicas ao nível europeu.

Mais recentemente (2004), a propósito das medidas e comparações das listas de espera em quatro países europeus, a HOPE (2004a) publica outro relatório contendo as seguintes considerações/recomendações:

1. As incertezas (políticas e clínicas) que circundam o fenómeno das listas de espera, é um dos maiores obstáculos à melhoria da eficiência da provisão dos cuidados cirúrgicos e no ganho de tempos de espera óptimos.
2. Um dos aspectos destas incertezas é a falta de avaliação e comparação da efectividade no campo cirúrgico. Existem dificuldades na condução clínica para novos procedimentos. Deve existir uma maior/melhor avaliação das novas e velhas tecnologias.
3. Aliado à questão da avaliação estão associadas as directrizes e os critérios de prioridade. Sistemas como os desenvolvidos no Canadá e na Nova Zelândia são necessários para resolver situações sociais e clínicas justas, junto dos pacientes, cirurgiões e políticos. Proporcionando a equidade assim como as melhores decisões aos níveis macro e micro.
4. É necessária uma informação fidedigna nos diferentes níveis de cirurgia programada, dentro e entre países. Os sistemas da recolha de dados informáticos, está ao nível internacional dotado de diversas falhas, especialmente no que se refere a dados cirúrgicos. Na maior parte destes países é também evidente a existência de uma difícil contenção de custos. Verifica-se a existência de lacunas e omissão no apuramento dos custos que envolvem toda a actividade cirúrgica (médicos, bloco operatório, enfermeiros, camas, etc.). Consequentemente existe uma lacuna evidente no preço e custos das cirurgias nos diferentes países, não permitindo estabelecer termos de comparação credíveis.
5. Nos sistemas de saúde em vigor, os preços têm sido suprimidos e os tempos de espera para as cirurgias programadas fornecem sinais alternativos sobre a procura excessiva. Este assunto cria algum burburinho das diferentes tendências em gerar o tempo de espera. A medida que pode ser mais facilmente disponível é o tempo de espera médio dos pacientes admitidos nas

unidades cirúrgicas, medido pelo tempo em que os pacientes são colocados na lista de espera. Os países deverão providenciar registos similares, a custos moderados.

6. Alguns países que utilizam programas específicos para cirurgia programada, apresentam altos níveis de actividade e tempos de espera insignificantes. Outros porém, estão severamente constrangidos com a oferta, subjugados a baixos níveis de cirurgias e excessivos tempos de espera e que em muitos casos excedem os 6 meses. Estas variações ao nível macro e micro, sugerem que existem melhores oportunidade na zona da OCDE, para garantir dentro de programas públicos, uma melhor eficiência e equidade no acesso à actividade cirúrgica.
7. Este estudo refere que os países que têm listas de espera excessivas e baixos níveis de produtividade, podem contrariar as listas de espera implementando uma maior capacidade cirúrgica. Contudo, esta medida acarreta altos custos, isto é um aumento a longo prazo dos custos marginais. Daqui decorre que, os países estão perante dois grandes problemas, por um lado com um secular aumento da procura dos cuidados cirúrgicos e por outro o aumento excessivo dos custos para fazer face a este problema.
8. Os países que financiam os seus hospitais mediante orçamentos globais, estão mais aptos a melhorar os seus rácios da actividade cirúrgica e baixar os tempos de espera, implementando incentivos. Contudo, trata-se de uma medida apenas, uma vez que também não traduz uma eficiência de ganhos sob a forma de preços baixos. A eficiência dos ganhos pode ser gerada alterando sempre que possível, os procedimentos, isto é o uso da actividade em regime de ambulatório.
9. Se os tempos de espera são tidos como excessivos e a oferta pública de cirurgia é julgada como adequada, os tempos de espera podem ser reduzidos alterando a propensão em gerar a espera. Para isso deverá ser filtrada a procura. Contudo, esta medida não transparece a verdadeira procura, uma vez que foi sujeita a uma selecção.
10. Uma alternativa é criar um tempo máximo de espera de um ano, baseado numa classificação quanto à prioridade clínica.

11. Outra alternativa é encorajar ou subsidiar os seguros de saúde privados com a intenção de reduzir a procura.
12. Finalmente, dada a divergência entre a opinião pública e a experiência do paciente nos tempos de espera, alguns governos investem numa melhor educação do público acerca dos custos e benefícios das esperas para cirurgia programada.

CAPITULO IV – Dois Casos de Trabalho Comparativo

1. Introdução

No presente capítulo, fazemos uma breve referência ao modo de funcionamento do Programa de Recuperação das Listas de Espera, seguido de uma avaliação efectuada pelo Tribunal de Contas há cerca da execução do mesmo.

É com base nesta avaliação, que iniciaremos a nossa reflexão metodológica sobre a problemática da nossa investigação empírica.

2. Modus Operandi do PECLEC

No âmbito do Programa de Recuperação das Listas Espera Cirúrgicas – PECLEC, as Administrações Regionais de Saúde do País, submeteram aos diversos Hospitais um guia prático para o encaminhamento de doentes com indicação de cirurgia programada e de gestão da Lista de Espera.

De modo a permitir uma melhor compreensão do mesmo, partimos do pressuposto que este iria entrar em funcionamento e apresentamos as questões que consideramos mais importantes sobre funcionamento da Lista de Espera Cirúrgica, da programação da actividade cirúrgica e do funcionamento do PECLEC.

2.1. Funcionamento da Lista de Espera

a) Entrada na Lista de Espera

A Lista de Espera (LE) é gerada a partir da Consulta Externa ou do Internamento. A colocação do doente em LE para intervenção cirúrgica programada pode ter como referência um episódio de Consulta Externa ou um episódio de Internamento, em que é preenchido o modelo em suporte de papel que contém campos de preenchimento manual com a informação necessária para introduzir o doente em Lista de Espera no sistema informático (SONHO¹¹⁰).

¹¹⁰ O SONHO, é um sistema informático de gestão de doentes, elaborado pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira e aplicado na maioria dos hospitais portugueses.

Consulta Externa

Associado ao episódio de CE



Na Consulta externa, o médico após decisão clínica de realização da intervenção cirúrgica programada, preenche o modelo de colocação de doentes em lista de espera.

Internamento

No episódio de internamento o médico decide que a situação clínica do doente requer intervenção cirúrgica:

Associado ao episódio de Internamento



O doente fica com intervenção cirúrgica agendada para outra data – trata-se de uma *cirurgia programada*, devendo colocar-se o doente em lista de espera, pelo preenchimento do *modelo de colocação de doentes em Lista de Espera*.

Não se coloca o doente em LE



O doente é operado durante o mesmo episódio de internamento – *trata-se de uma cirurgia não programada*.

b) Inserção dos dados no perfil de Lista de Espera Cirúrgica no Sistema Informático (SONHO)

Em qualquer das situações previstas para a geração da Lista de Espera Cirúrgica, é necessário criar um suporte em papel para registo manual dos elementos que devem constar da Lista de Espera informatizada.

Esse suporte deverá conter os seguintes elementos obrigatórios e facultativos:

- **Dados obrigatórios:**

- Identificação do doente (etiqueta),
- Data prevista da Intervenção,
- Especialidade,
- Designação da Intervenção e respectivo código (ICD9-CM¹¹¹),
- Designação da Patologia e respectivo código (ICD9-CM),
- Nome e número mecanográfico do médico,
- Tipo de Cirurgia (Convencional ou de Ambulatório),

¹¹¹ International Classification of Diseases: 9th Revision Clinical Modification

- Proveniência (Consulta ou Internamento).

- **Dados facultativos:**

- Duração da Intervenção,

- Prioridade,

- Observações.

c) Centralização/Descentralização da Gestão da Lista de Espera

A gestão da Lista de Espera Cirúrgica pode ser Centralizada ou Descentralizada.

A opção pelo modelo Descentralizado, implica que seja o apoio administrativo de cada um dos serviços que gera um doente para Lista de Espera (Consulta Externa ou Internamento) a fazer a recolha dos suportes em papel e lançar os dados no perfil de Lista de Espera do SONHO.

Optando pelo modelo centralizado, implica a concentração da gestão da Lista de Espera num pequeno número de funcionários, em gabinete próprio a criar ou aproveitando alguma estrutura organizativa já existente. Este modelo revela-se mais eficaz, pois reduz o número de funcionários (sendo suficiente um ou dois funcionários) e, em consequência, aumenta o grau de responsabilidade no manuseamento da Lista de Espera. Para além disso, e considerando todos os procedimentos administrativos que a gestão da Lista de Espera implica (como seja o expurgo, o contacto com doentes para encaminhamento, o envio mensal para a ARS, etc.), este gabinete poderá acumular todas essas funções.

O modelo a adoptar depende em muito da organização interna de cada hospital (estruturas físicas, pessoal administrativo disponível, condições de trabalho existentes), pelo que fica à consideração de cada instituição a adopção do modelo que melhor se adapte à sua realidade. No entanto, o modelo centralizado é o que melhor serve a necessidade de garantir a qualidade da Lista de Espera.

2.2. Programação da Intervenção Cirúrgica

A programação da intervenção cirúrgica compreende três momentos distintos, os quais, sendo complementares, resultam no cumprimento integral dos critérios para a realização da intervenção:

a) Proposta de Agendamento, a realizar pelo Médico Assistente;

- b) Consulta pré-operatória, a realizar pelos Médicos que fazem a avaliação pré-operatória (Anestesista, Cardiologista e outros);
- c) Agendamento, a realizar pelo Director de Serviço.

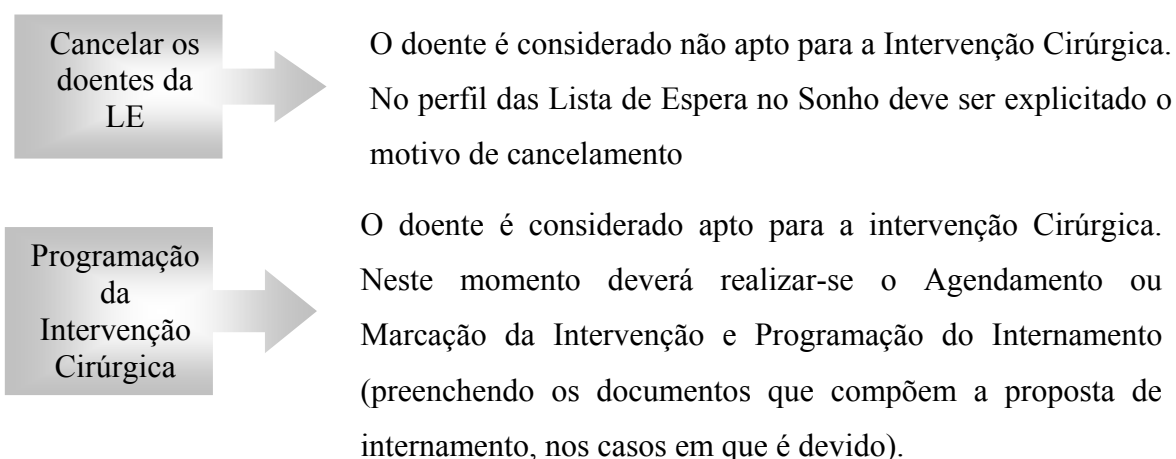
Esta é fase crucial de encaminhamento do doente para a intervenção cirúrgica, permitindo a programação antecipada da actividade cirúrgica do serviço, a preparação psicológica, pessoal e familiar do doente para a intervenção e a avaliação pré-operatória, que deve anteceder o acto cirúrgico programado.

É recomendável que esta fase tenha início pelo menos 30 dias antes da data prevista da intervenção, de modo a que cada serviço (especialidade cirúrgica) programe a sua actividade cirúrgica com um tempo mínimo de antecedência.

Com este procedimento permite-se a possibilidade de resolver atempadamente problemas que possam ocorrer, garante o tempo necessário à constituição das equipas, e antevê a necessidade de tempo para contactar os doentes.

O único suporte em papel para registo de toda a informação, dispõe de campos para os três momentos antes referidos:

- a) Proposta de Agendamento, e com esta é programada a intervenção cirúrgica. Os doentes são contactados pelo Serviço Administrativo, por indicação Director do Serviço ao Serviço.
- b) Avaliação pré-operatória (Consulta pré-operatória), que se traduz na realização de uma consulta de Anestesiologia, a qual pode ser complementada com uma consulta de outra especialidade eventualmente necessária. A avaliação pré-operatória revela-se importante para a decisão e confirmação da cirurgia a realizar, daí a importância em avaliar a aptidão ou não do doente para a realização do acto cirúrgico. Na avaliação pré-operatória, pode ocorrer uma das seguintes situações:



- c) Agendamento da intervenção cirúrgica que pressupõe a calendarização na agenda electrónica no perfil de Bloco Operatório do SONHO. Dos hospitais que já implementaram aquele módulo, nem todos trabalham com o Agendamento. Trabalhar com o agendamento electrónico implica criar uma tabela semanal (Agendamento das salas e Especialidades) fixa e constante, que apenas deverá sofrer alterações por razões justificadas, como seja o aproveitamento de tempos operatórios desperdiçados.

Quer os hospitais que vão iniciar a aplicação de módulo de BO, quer os hospitais que já trabalham com o módulo de Bloco Operatório mas que não trabalham com o agendamento electrónico, deverão criar as condições para o implementar, dadas as potencialidades da informação que gera de modo a permitir uma utilização mais racional do Bloco Operatório.

No já referido guia disponibilizado pelas Administrações Regionais de Saúde é bem claro que “A ordem de convocação dos doentes em Lista de Espera é cronológica. Exceptuam-se as situações que, por razões de ordem clínica e devidamente fundamentadas, o doente deva ser chamado por antecipação à ordem que ocupa na lista. Quando o doente, após convocação e confirmação, falta à convocatória, só pode ser cancelado na Lista de Espera após confirmação escrita de desistência ou após envio de segunda carta registada não devolvida em tempo útil.”

- d) Agendamento do Internamento, caso se trate de uma Intervenção Cirúrgica Convencional (não ambulatoria) dever-se proceder ao agendamento do internamento, com o preenchimento da Proposta de Internamento.

Este procedimento deverá ser efectuado alguns dias antes do internamento do doente, só depois da aprovação na avaliação pré-operatória e associado ao episódio da consulta de avaliação pré-operatória ou à consulta da especialidade que vai operar o doente.

De modo a cumprir os artigos 156 e 157 do Código Penal, o guia em questão, prevê o “Consentimento Esclarecido – Deve providenciar-se a existência de um documento comprovativo de que o consentimento prestado pelo doente para a realização do acto cirúrgico foi devidamente informado. Este procedimento tem carácter obrigatório e está legalmente instituído.”

2.3. Realização da Intervenção Cirúrgica

A função da equipa cirúrgica termina com o preenchimento manual em suporte de papel de uma ficha de registo de alguns elementos fundamentais relativos à Intervenção Cirúrgica respectiva (Ficha Operatória).

“O preenchimento integral de todos os campos desta ficha, bem como a sua devolução em tempo ao apoio administrativo do Bloco Operatório”, visando ser lançada no sistema informático sem demoras.

O preenchimento incompleto desta ficha pode comprometer o registo informático da intervenção cirúrgica. O preenchimento tardio da ficha operatória, poderá criar a dificuldades na recolha de informação a registar, pelo o que é aconselhável o seu preenchimento logo após a realização do acto cirúrgico.

2.4. Manual do Programa Especial De Combate Às Listas De Espera Cirúrgicas

A metodologia do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas - PECLEC, centra-se no doente e aposta na participação dos hospitais.

2.4.1. Enquadramento Legal

O programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas - PECLEC foi aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de Abril, publicada no Diário da República n.º 121, de 25 de Maio de 2002, sendo fixado o prazo de 2 anos para a sua execução.

2.4.1.1. Finalidade

O PECLEC pretende apontar caminhos para criar, de forma didáctica e pró-activa, um sistema eficiente de combate às listas de espera, centrado no doente.

2.4.1.2. Objectivos

O PECLEC visa alcançar os seguintes objectivos:

- a) Estabelecer um regime de atendimento dos doentes em correspondente inversa aos tempos de espera, sem prejuízo da prioridade concedida a quadros clínicos considerados urgentes;

- b) Ter uma instância eficaz para a qual o cidadão possa reclamar em caso de prejuízo do seu direito aos cuidados de saúde do SNS;
- c) Desenvolver uma leal concorrência entre os sectores e desenvolver a sua cooperação em rede;
- d) Motivar, numa perspectiva ética e deontológica, os profissionais de saúde, mediante a racionalização e melhor utilização dos meios e do quadro envolvente que o SNS proporciona ao exercício da sua actividade;
- e) Aumentar a eficiência e reduzir os custos médios para padrões médios europeus;
- f) Respeitar o direito de escolha do doente.

2.4.1.2. Doentes Alvo

O PECLEC abrange os doentes constantes das listas de espera a fornecer pelos hospitais públicos da região de saúde à ARS até ao dia 30 de Junho de 2002¹¹².

Estas listas de espera servirão de referência para a verificação da concretização quantitativa e nominativa do Programa.

2.4.2. Execução

Programa é executado prioritariamente em unidades de saúde públicas, bem como em unidades de saúde privadas ou do sector social, mediante protocolos e contratos a celebrar na área de cada Administração Regional de Saúde, de acordo com o modelo previsto na RCM n.º 100/2002.

Os protocolos são celebrados entre o conselho de administração de cada hospital que pretende participar no Programa com produção cirúrgica acrescida/PECLEC e a ARS.

A adesão ao Programa implica não apenas o cumprimento das cirurgias protocoladas/contratadas mas também o processo de encaminhamento programado, pelos Hospitais de Origem¹¹³, dos doentes para as várias instituições contratadas/protocoladas. A

¹¹² Tendo sido prorrogado o prazo de aplicação do programa até 31 de Dezembro de 2004 (cfr. Ponto 5 da RCM n.º 79/2004 de 24 de Junho), e posteriormente até 31 de Março de 2005 (cfr. Pontos 1 e 2 da RCM n.º 18/2005 de 20 de Janeiro) com vista a intervencionar os restantes doentes da lista PECLEC e os da nova lista. Estas duas prorrogações têm como fundamentação no facto de ainda não estar implementado o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias – SIGIC nas respectivas Administrações Regionais de Saúde.

¹¹³ O Hospital de Origem é o hospital onde o doente está inscrito em lista de espera.

aceitação da transferência dos doentes, pelos Hospitais de Destino¹¹⁴, para os seus serviços assumindo a integralidade do tratamento na patologia em causa.

O acesso ao PECLEC não pode prejudicar a realização integral da actividade programada normal.

O processo de qualificação das Unidades de Saúde Privadas e Sociais fica obrigado às condições gerais do processo de candidatura dos Hospitais Públicos e ainda, nomeadamente, aos seguintes requisitos:

- O licenciamento (DL n.º 13/93 de 15 de Janeiro) constitui condição de selecção dos estabelecimentos privados que pretendem aderir ao PECLEC.
- Os estabelecimentos ainda não licenciados, mas com convenção em vigor para a área cirúrgica, poderão ser admitidos a prévia qualificação ficando a aceitação da sua candidatura sujeita ao processo que se descreve nos números seguintes.

Os estabelecimentos do sector social serão submetidos a avaliação da competência técnica e profissional, pelas ARS.

Cada conselho de administração nomeia o Coordenador interno do Programa, de entre pessoas com perfil adequado à assunção das responsabilidades enunciadas neste manual.

Quanto à Gestão e acompanhamento do programa as obrigações são idênticas para o sector público e para os sectores social e privado, nas actividades convencionadas:

- Preenchimento e envio à ARS, até ao dia 10 de cada mês, do mapa da cirurgia electiva, relativo ao mês anterior;
- Envio das listas de espera globais, até ao dia 10 de cada mês;
- Indicação dos elementos para avaliação da capacidade instalada no bloco operatório segundo um documento específico;
- Cada Hospital de Destino deverá informar, por E-mail, a ARS e os Hospitais de Origem, do número de cirurgias realizadas e da lista nominativa de doentes intervencionados e expurgados, por hospital de origem, por especialidade, entidade e procedimentos cirúrgicos, no período em análise, até ao dia 10 de cada mês.

Os doentes entram em lista de espera na consulta da especialidade.

¹¹⁴ Hospital de Destino é o hospital onde o doente é intervencionado.

Os doentes saem da lista de espera e devem ser retirados da base de dados após a cirurgia (ou sua comunicação) ou de acordo com o motivo do expurgo.

As ARS emitirão, após a adjudicação, títulos correspondentes às cirurgias contratadas para 3 meses.

No caso de haver necessidade de emissão de outros títulos, deverão ser solicitados, pelos Hospitais, à ARS, até 8 dias antes da data da cirurgia, utilizando matriz predefinida.

Verificando-se diferenças nas produções previstas face às realizadas, por especialidade, patologia/procedimento cirúrgico, deverá ser apresentada, em simultâneo, à respectiva ARS, uma justificação escrita da situação e indicadas formas de corrigir.

2.4.3. Acompanhamento

As ARS criarão e implementarão um sistema de avaliação da satisfação dos doentes utilizadores do PECLEC.

As ARS criarão e implementarão um sistema de avaliação dos hospitais participantes no PECLEC.

Será criada junto das ARS uma Comissão de Acompanhamento com a composição prevista na RCM n.º 100/2002.

A Comissão de Acompanhamento determinará a periodicidade das reuniões a realizar.

Esta Comissão serve também de instância de reclamação ou recurso.

Será desenvolvido um Sistema geral de monitorização do Programa.

3. Avaliação do PECLEC

Uma vez expostos os traços principais do funcionamento do PECLEC, procuraremos neste ponto apresentar uma avaliação genérica da execução do referido programa.

Esta análise tem como suporte o *Relatório de Auditoria n.º 15/2005* do Tribunal de Contas que “consubstancia os resultados de uma auditoria orientada à avaliação da execução do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC),

realizada nas Administrações Regionais de Saúde, na qualidade de gestoras” *Tribunal de Contas (2005:4)*.

A análise deste relatório “incidiu no período compreendido entre Junho de 2002 e 31 de Outubro de 2004 (relativo aos dois anos fixados da Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2002, para aplicação deste programa” (cfr. ponto 2.4.1).

Conforme identificamos no ponto 7, o nosso trabalho reporta-se a num período compreendido entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2003. Contudo, julgamos que as conclusões apuradas pelo Tribunal de Contas, revestem alguma pertinência quer pela revisão da literatura já efectuada, como também para as eventuais conclusões a chegar com o nosso estudo, sem querer efectuar quaisquer juízos ao trabalho efectuado por aqueles auditores.

a) Dificuldades encontradas

No decorrer do seu trabalho os auditores deparam-se com “dificuldades de harmonização de conceitos e interpretação no apuramento dos dados”, acrescido de “uma deficiente coordenação e articulação dos sistemas informáticos originando informação incompleta e divergente” *Tribunal de Contas (2005:6)*.

De acordo com o referido relatório, as “Comissões de Acompanhamento constituídas junto de cada ARS elaboraram relatórios” relatando o “grau de execução do programa por hospital como também a existência de alguns constrangimentos e dificuldades ocorridas no primeiro ano”. As dificuldades apontadas foram *Tribunal de Contas (2005:15)*:

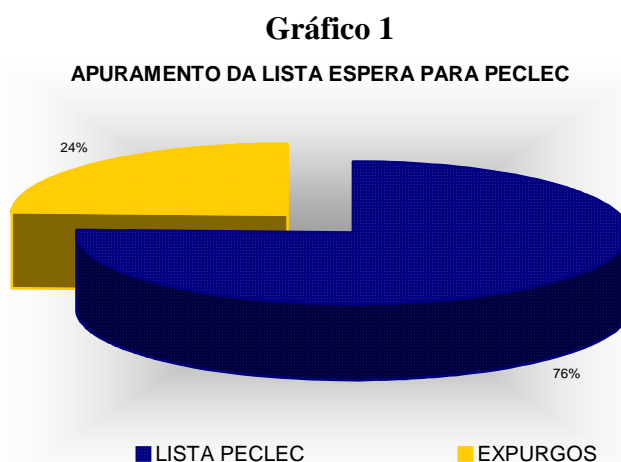
- Alguns hospitais manifestaram alguma resistência em aceitar o encaminhamento dos seus doentes para outras instituições;
- As listas de espera de alguns hospitais não eram fiáveis;
- Uma deficiente articulação entre os sistemas informáticos dos hospitais e as Administrações Regionais de Saúde;
- Para algumas entidades cirúrgicas, verificou-se uma dificuldade de resposta dos hospitais e das instituições do sector privado e social.

Reportando à nossa revisão bibliográfica, constatamos que estas conclusões são consensuais quanto à necessidade de se apurarem dados fidedignos através de sistemas informáticos credíveis.

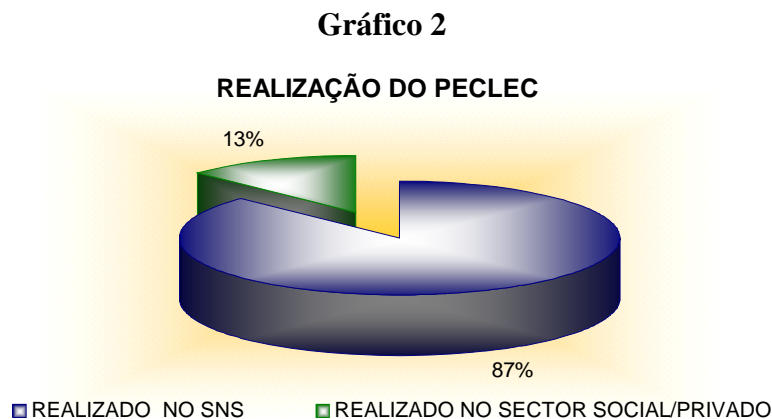
b) Execução física do PECLEC

As Grandes Opções do Plano para 2003, mencionam que em 31 de Junho de 2002 existiam oficialmente 123.166 doentes em lista de espera cirúrgica (PECLEC). Contudo, sob orientação das ARS, os hospitais ajustaram os valores à data de 31 de Dezembro de 2002. O apuramento dos dados revelou que estariam em lista de espera 182.473 doentes, “lista esta que após os expurgos efectuados ao longo da execução do programa atingiu os 123.547 doentes” *Tribunal de Contas (2005:16)* (cfr. Quadro 1 do anexo).

De acordo com o gráfico 1 os doentes expurgados representam 24% do total¹¹⁵ dos doentes em espera.



Conforme se demonstra o gráfico 2, do total de doentes intervencionados em PECLEC “verifica-se que os hospitais do sector público (SNS) foram responsáveis por 87% enquanto que os do sector social e privado por apenas 13%” *Tribunal de Contas (2005:18)*.



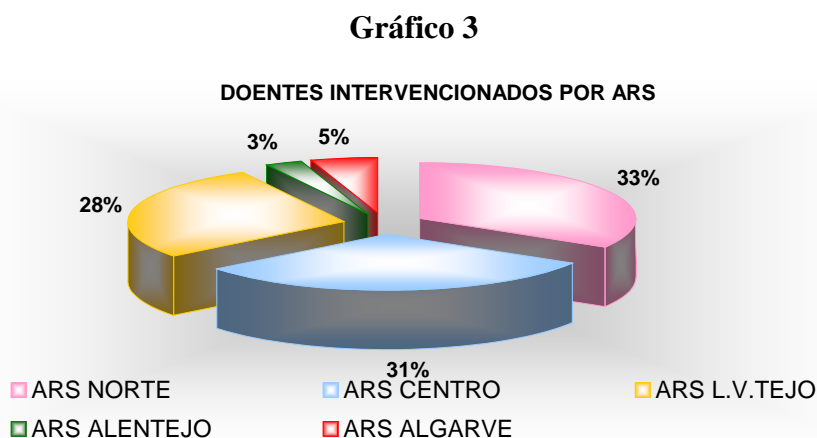
¹¹⁵ O expurgo destes doentes deve-se a: óbitos, desistências, não comparências, incontactáveis, contra indicação clínica temporária, entre outros.

Com um grau total de execução de 93,45% face ao total da lista de doentes expurgada, o SNS apresenta uma execução na ordem dos 81,55% e o sector social e privado nos 11,99% (cfr. Quadro 2 do anexo).

“A fraca taxa de execução do sector social e privado deve-se, em parte, a um tratamento incompleto e a uma gestão deficiente das listas de espera pela respectivas ARS” *Tribunal de Contas (2005:23)*.

Do total de doentes em espera para cirurgia PECLEC, continuaram em lista de espera 7.979 doentes.

Os 115.568 doentes intervencionados foram distribuídos por 139 unidades que aderiram ao PECLEC (cfr. Quadro 3 do anexo). O gráfico 3, que apresenta a distribuição percentual destes mesmos doentes por ARS. Por exemplo a Administração Regional do Norte operou 33% do total de doentes operados.



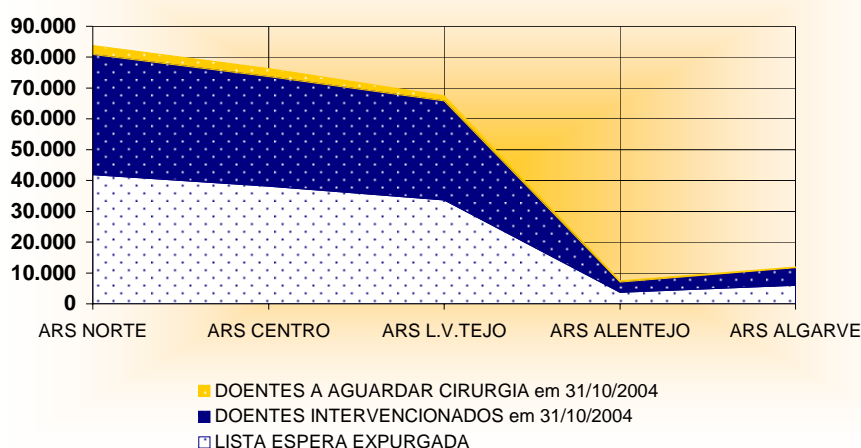
De acordo com a informação do *Tribunal de Contas (2005:18)*, “mais de metade dos doentes foram intervencionados no âmbito da actividade normal” sem pagamento de suplementos remuneratórios. Acrescenta ainda que “existindo capacidade instalada de alguns dos hospitais agendarem as intervenções em horário normal (actividade programada), não podiam pôr de lado esta hipótese sob pena de estarem a violar a equidade de acesso dos cidadãos a este tipo de prestação de cuidados”, isto refere-se aos doentes em lista de espera após o dia 1 de Julho de 2002 não passarem à frente dos doentes com mais tempo de espera e pertencentes à lista PECLEC.

Resulta assim que do total de doentes intervencionados no SNS (10753), 54,3% dos doentes foram intervencionados em actividade normal, face a 45,7% dos doentes intervencionados em horário acrescido. Evidenciado pelo gráfico 4, os hospitais da

Administração Regional de Saúde do Norte operaram o maior número de doentes da lista PECLEC, que segundo o *Tribunal de Contas (2005:19)*, com “um maior peso relativo de doentes intervencionados em horário normal, contrariamente” aos hospitais das Administrações Regionais de Saúde do Centro e Algarve “em que o maior peso é em horário acrescido”.

Gráfico 4

GRAU DE EXECUÇÃO POR ARS



c) Conclusões

Excluindo os Hospitais Psiquiátricos, dos 83 hospitais existentes, 79 aderiram ao PECLEC, “pode assim dizer-se que foi atingido o objectivo do programa que pretendia motivar as equipas de médicos e de profissionais de saúde, mediante a racionalização e melhor utilização dos meios ao exercício da sua actividade” ” *Tribunal de Contas (2005:19)*.

Das 52 entidades cirúrgicas¹¹⁶ previstas no PECLEC, “as que registaram maior número de intervenções foram: as varizes (entidade 4), as cataratas (entidade 5), as hérnias da parede abdominal (entidade 1), as amigdalectomias e adenoidectomias (entidade 41) e a cirurgia nasal e seios nasais (entidade 12)” ” *Tribunal de Contas (2005:20)*.

O relatório do *Tribunal de Contas (2005:22)* menciona ainda que, “fica demonstrado que para além de existir essa capacidade foram realizadas mais intervenções

¹¹⁶ “Designação atribuída aos procedimentos cirúrgicos identificados na Portaria nº 1397/2002 de 26 de Outubro, que publicou a tabela de preços destes actos” *Tribunal de Contas (2005)*. Sobre este assunto, importa referir que a Portaria nº 1234/2003 de 22 de Outubro, revogada pela Portaria nº 816/2004 de 15 de Julho amplia as 52 para 68 entidades cirúrgicas.

cirúrgicas e efectuada uma melhor gestão na utilização dos blocos operatórios” *Tribunal de Contas* (2005:22).

“Quanto à evolução global da actividade normal (consulta externa e actividade cirúrgica) nos hospitais aderentes ao programa, foram analisados alguns indicadores de produção e de produtividade dos três últimos anos (2001/2003), tendo-se identificado os hospitais que realizaram mais cirurgias no âmbito do PECLEC e apresentaram uma evolução decrescente dos indicadores” *Tribunal de Contas* (2005:30).

A este propósito importa referir que, a RCM nº 100/2002 estabelecia que actividade normal dos hospitais não deveria ser prejudicada pela adesão ao programa.

Segundo a mesma fonte oficial em 31 de Janeiro de 2005, no total das cinco ARS, existia uma “nova lista de espera” com 192.957 doentes e com um tempo médio de espera que se situava nos 272 dias. Subtraindo os 7.979 que ficaram por operar (cfr. Quadro 4 do anexo) aos novos doentes em lista de espera (192.957)¹¹⁷, constatamos que houve um aumento de 49,72% de doentes em lista de espera, num período de quase dois anos.

Recordando o número de doentes em lista de espera antes dos expurgos (182.473 doentes) em 31 de Dezembro de 2002 e comparando com a situação da lista de espera em 31 de Janeiro de 2005 (192.957) verifica-se que em cerca de dois anos a lista é superior 5,75% da então apurada lista PECLEC. Contudo, quando estes mesmos cálculos são efectuados mas com a verdadeira lista de espera (com os expurgos), verifica-se que o número de doentes em lista de espera aumentou 56,18% em relação à lista apurada.

De forma sucinta, ao reportar esta abordagem à nossa revisão bibliográfica, constatamos que existem algumas considerações consensuais, nomeadamente:

- No sucesso a curto prazo da implementação deste tipo de programas;
- A adesão dos profissionais tendo em conta os incentivos;
- A necessidade de rentabilizar a capacidade instalada nos blocos operatórios.

4. Universo do Trabalho

O universo de trabalho situa-se entre dois Hospitais da Região Centro, em concreto, o Hospital Infante D. Pedro de Aveiro e o Hospital, SA. de São Sebastião da Feira, SA.

Tratam-se de dois hospitais com estatuto jurídico semelhante (Empresas Públicas) e que aderiram ao Programa de Recuperação das Listas de Espera – PECLEC.

¹¹⁷ Os cálculos efectuados permitem apurar um aumento de 184.978 doentes em lista de espera.

5. Tipo e Método de Investigação

Uma abordagem qualitativa da investigação exige que o mundo seja examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para construir uma pista que nos permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objecto de estudo.

De acordo com *Duffy (1987:131)* os benefícios do emprego dos métodos qualitativo e quantitativo são os seguintes:

1. A possibilidade de congregar os desvios (pelo método quantitativo) com a compreensão da perspectiva dos agentes envolvidos no fenómeno das listas de espera cirúrgicas (pelo método qualitativo);
2. Possibilidade de identificar variáveis específicas (pelo método quantitativo) com uma visão global do fenómeno das listas de espera cirúrgicas (pelo método qualitativo);
3. Possibilidade de complementar um conjunto de factos e causas associados ao emprego da metodologia quantitativa com uma visão da natureza dinâmica da realidade em questão;
4. Possibilidade de enriquecer as constatações obtidas em condições controladas e com os dados obtidos a partir da ocorrência natural nos blocos operatórios;
5. Possibilidade de obter a validade e a fiabilidade das descobertas encontradas, pelo emprego de duas metodologias diferentes;

Pelo que precede, com o presente trabalho pretende-se efectuar uma abordagem mista (qualitativa e quantitativa) em investigação do tipo avaliativo e decisório, com o objectivo específico de avaliar o impacto de uma medida política, usando como referência técnica o Programa Especial de Combate às Listas de Espera – PECLEC.

A nossa preocupação fundamental, tem a ver com a necessária ponderação, tacto e integridade para conduzir este tipo de investigação. No entanto, esta “posição não invalida a avaliação do impacto de um programa” *Bogdan, C. R. e Biklen, K. S. (1994:273)*, conforme é nossa pretensão.

“Como descreve o investigador veterano Evans (1970), “é importante ter em mente que o avaliador vai ter de desempenhar um papel incómodo e controverso e que aqueles que pretendem prosseguir uma carreira neste campo devem ter consciência antecipada de tal facto”” *Bogdan, C. R. e Biklen, K. S. (1994:275)*.

5.1. Análise Documental

Pela análise documental, processo de busca e de organização sistemático, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, procuramos aumentar a compreensão destes mesmos materiais de modo a permitir apresentar aos interessados aquilo que encontramos. “A análise envolve o trabalho com os dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que dever ser apreendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros” *Bogdan, C. R. e Biklen, K. S. (1994:205)*. No decurso da nossa investigação recorremos à análise documental dos dados recolhidos, pois permitiu reproduzir a realidade

5.2. Instrumentos

As filas de espera, ou de acordo com o nosso sistema de saúde: “as listas de espera” é um fenómeno que reside no âmago da nossa sociedade.

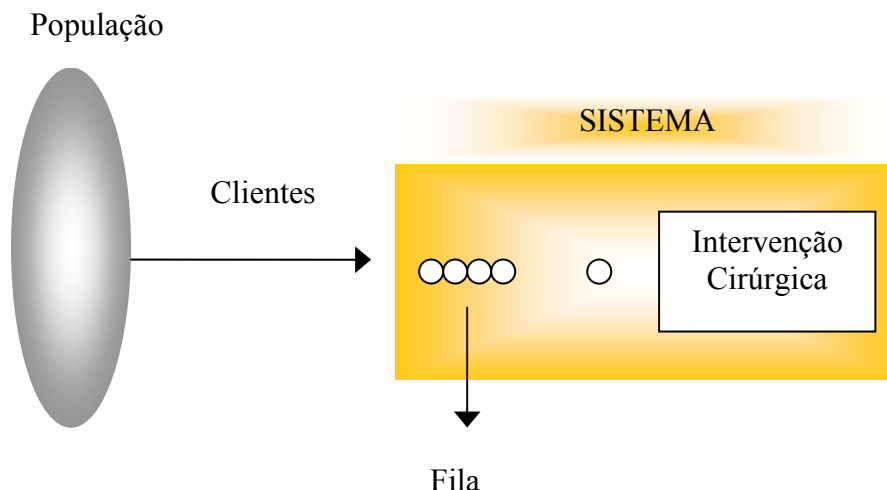
Durante o século XX desenvolveram-se ferramentas de modelação deste fenómeno que permitem, hoje, uma intervenção científica quer ao nível do dimensionamento quer ao nível da concepção tecnológica e do funcionamento corrente das organizações que levam à constituição de filas de espera.

Não sendo um fenómeno contemporâneo, só há cerca de 50 anos foi definido de forma rigorosa a partir de trabalhos pioneiros de *A.K. Erlang (1948)* que se dedicou ao estudo do tráfego telefónico – encaminhamento de chamadas em espera (*Tavares 1996:267*).

Para que possamos dizer que estamos perante um fenómeno de fila de espera devemos reconhecer a existência de clientes (doentes no nosso caso) que necessitam de um serviço pelo qual têm de esperar numa fila física ou conceptual. No caso das listas de espera para intervenção cirúrgica são do tipo conceptual, sendo do tipo físico as filas criadas no serviço de urgência.

1 - Os elementos fundamentais de um sistema de fila de espera são:

Figura 1



O conjunto formado pela fila e pelo atendimento denomina-se sistema, denominando-se o número de clientes que se encontra no sistema, estado do sistema.

No âmbito do nosso estudo, a população é constituída por todos os habitantes que pertencem à área de influência do Hospital Infante D. Pedro e do Hospital São Sebastião da Feira e de acordo com *Tavares (1996:268)* caracteriza-se por vários atributos:

- a) Dimensão da população: considera-se infinita, porque a probabilidade de ocorrerem novas propostas para intervenção cirúrgica não é influenciada pela quantidade de doentes que se encontram no sistema.
- b) Dimensão da chegada: as propostas para intervenção cirúrgica, chegam em grupos ao sistema, sendo a sua proveniência as diversas consultas de especialidades cirúrgicas (Cirurgia, Estomatologia, Ginecologia, Obstetrícia, Otorrinolaringologia e Urologia).
- c) Controlo das chegadas à fila: caracteriza-se pela distribuição do número de propostas para intervenção cirúrgica semanal. A semana é o período de referência na organização do trabalho clínico. Tanto na consulta externa como no bloco operatório, as agendas médicas são organizadas segundo a semana útil de trabalho.

- d) Taxa de chegada (λ): representa o número médio de doentes propostos para intervenção cirúrgica por semana, sendo ainda, o intervalo médio de tempo entre duas chegadas o inverso da taxa de chegada ($1/\lambda$).
- e) Atitude dos clientes: normalmente, a atitude dos clientes é classificada em pacientes e impacientes. No caso das filas de espera para intervenção cirúrgica admitimos uma atitude paciente na maioria dos casos, visto que estes permanecem na fila até serem atendidos qualquer que seja o comprimento da fila ou o tempo que já esperaram.

2 - O número de filas de espera e os seus comprimentos são as características mais importantes das filas:

- a. Número de filas: no caso particular das filas de espera para cirurgia programada admitimos a classificação de fila múltipla, em oposição aos casos mais vulgares de fila simples que se caracteriza pela existência de uma só fila para um ou vários servidores. No hospital, dado que os servidores possuem características muito diferentes conforme a valência clínica que serve a fila de espera, temos de estudar as filas individualmente e não podemos presumir que são idênticas.
- b. Comprimento da fila (número de doentes): pode no momento actual ser considerado infinito e pelas razões apontadas atrás. Contudo, a nossa amostra refere-se a um determinado número de doentes fixado até 31 de Dezembro de 2003 para todas as valências prestadoras de serviço (embora o PECLEC tenha sido prorrogado para 2004).
- c. Disciplina da fila: tem sido seguida a disciplina FIFO (First In First Out) em quase todas as valências, havendo no entanto alguma tradição por parte de serviços cirúrgicos na triagem dos casos mais graves, tendo em consideração variáveis como a idade e o tipo de patologia. Com os tempos clinicamente aceitáveis iniciou-se uma nova disciplina para as filas de espera cirúrgicas, tendo sido regulamentado um conjunto de regras explícitas com a finalidade de estabelecer prioridades no atendimento dos doentes.

3 - Serviço ou atendimento

- a. Configuração do serviço: o serviço no hospital está organizado por valência clínica, havendo uma estrutura de servidores em paralelo (Bloco Operatório) na maior parte das especialidades – mais que um médico por valência. Por exemplo, a fila de espera da consulta externa pode ser geradora de doentes para uma ou várias filas de espera cirúrgicas, pelo que estamos perante uma configuração com fases de atendimento e no caso particular do serviço de urgência perante uma rede de filas de espera.
- b. Dimensão do serviço: o serviço ou atendimento classifica-se como simples, em virtude de os doentes serem atendidos um de cada vez.
- c. Distribuição do tempo de serviço: caracteriza-se por uma distribuição do número de doentes que podem ser atendidos por semana, por valência e por médico da especialidade considerada.
- d. Taxa de serviço (μ): é o número médio de doentes que podem ser operados por cada especialidade e por semana (agendamento). Habitualmente esta taxa é apresentada de forma agregada por valência (Σ das taxas por especialidade), $\mu = \text{agenda}$.

Em associação com a disciplina das filas de espera cirúrgicas descrita atrás (ver “Disciplina da fila”) e com os tempos clinicamente aceitáveis adoptaram-se mecanismos legais que permitem melhorar a taxa de serviço transformando-a numa taxa dependente do estado do sistema, ou seja, permitindo que o serviço, varie em função do número de doentes no sistema. Em termos práticos foram adoptadas medidas de incentivo financeiro para as equipas cirúrgicas (médicos, enfermeiros), de forma a ser possível prolongar a utilização do agendamento nos hospitais para além dos horários do pessoal.

4 - Medidas de desempenho

As medidas que caracterizam o funcionamento das filas de espera dos pontos de vista do doente e dos serviços, são:

- Comprimento médio da fila (L_q)
- Número médio de doentes no sistema (L)
- Tempo médio de espera na fila (W_q)
- Tempo médio de espera no sistema (W)

- Taxa média de ocupação do serviço
- Taxa de serviço (μ) e tempo médio de serviço ($1/\mu$)
- Número de servidores (s)
- Taxa de chegada (λ)

5 – Relações fundamentais

Admitindo que a taxa de chegada (λ), é constante e independente do estado do sistema, então

$$L = \lambda W$$

Relação analítica entre L e W que representa o número médio de doentes em espera no sistema como o produto da taxa de chegada pelo tempo médio de permanência no sistema.

Relação idêntica existe entre L_q e W_q :

$$L_q = \lambda W_q$$

Outra expressão relaciona o tempo médio de permanência no sistema com o tempo médio de espera na fila, que é igual a este último adicionado de $1/\mu$, tempo médio dispendido no serviço

$$W = W_q + 1/\mu$$

A expressão é válida qualquer que seja o número de servidores desde que o tempo médio de atendimento seja igual para todos.

Das expressões anteriores pode deduzir-se a relação L e L_q :

$$L = L_q + \lambda / \mu$$

5.3. Tratamento dos dados

Os dados são as provas e as pistas e quando coligidos cuidadosamente servem como factos inegáveis que protegem a escrita que possa ser feita de uma especulação não fundamentada. O nosso trabalho passou por uma recolha dos dados empíricos socorrendo-se do método de análise de dados estatísticos produzidos no ano de 2003, pelos dois hospitais em análise.

O nosso estudo empírico foi apoiado por um software – *SPSS (Statistical Package for Social Science)*.

Deste modo, os resultados da pesquisa quantitativa dependeram de um prévio trabalho de análise interpretativa.

Tomámos como amostra os dados dos Blocos Operatórios dos Hospitais de Aveiro e Santa Maria Feira, referente à actividade do ano de 2003.

Os dados são formados por um conjunto de tabelas, comuns aos dois hospitais, que contêm registos e foram sujeitas a um cruzamento de forma a reconstituir os registos do Bloco Operatório. As tabelas a que nos referimos são:

- a) Blo_registo, composta por uma série de colunas (Número de registo, data da intervenção, código do tipo de cirurgia, código da especialidade, código da sala, código da patologia, código do médico, etc.), para cada intervenção cirúrgica.
- b) Blo_especialidades, composta pelo código e respectiva especialidade (Ortopedia, Otorrinolaringologia, Cirurgia, etc.).
- c) Blo_tipo-cirurgias, composta pelo código e respectiva cirurgia (urgente, programada, PECLEC, privada, etc.).
- d) Blo_reg_acir, composta pelo número de registo, código da intervenção cirúrgica, e a codificação da cirurgia como principal ou secundária.
- e) Blo_salas, composta pelo código e respectiva sala que liga com a tabela blo_agenda.
- f) Blo_reg_horas, composta pelo registo de todas as horas para cada cirurgia sob a forma de código (hora do doente no bloco, na sala, no acto anestésico, na cirurgia, etc.).
- g) Blo_tipo_hora, composta pelo código e designação do tipo de hora e que cruza com a tabela blo_reg_horas.
- h) Blo_agenda, disponibiliza para cada dia da semana o tempo de funcionamento em cada sala e para as respectivas especialidades.
- i) Cod_intervencao, permite identificar a intervenção cirúrgica (como por exemplo a amigdalectomia, a prótese total da anca, etc.).
- j) Blo_lista_espera, composta por um conjunto de informações entre as quais o número da lista de espera, data de entrada em lista de espera, código da especialidade, data de cancelamento, data da intervenção cirúrgica, etc.

Previamente a cruzar as referidas tabelas, tivemos o cuidado de verificar se todos os campos eram concordantes entre os dois hospitais. De seguida juntamos a informação dos dois hospitais de acordo com as tabelas acima mencionadas. Nos casos em que verificamos existir uma codificação diferente, como por exemplo no código da especialidade, uniformizamos a classificação de modo a evitar erros de interpretação.

Após a reconstituição dos dados, efectuamos uma série de testes por amostragem, no hospital de Aveiro (local onde exercemos as nossas funções), usando aplicação do bloco operatório o que nos permitiu aferir que a informação se encontra devidamente elaborada.

6. Análise dos resultados

6.1. Listas de espera global

Apesar do intervalo temporal da nossa análise decorrer entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2003, a lista de espera remonta ao início dos registos nas referidas aplicações informáticas. Isto porque a data de entrada dos doentes em lista de espera é obrigatoriamente anterior ao dia em que o doente é intervencionado, exceptuando os doentes intervencionados de urgência que não entram para a lista de espera.

Contudo, sempre que um doente por qualquer motivo seja operado de urgência e esteja em lista de espera para o mesmo tipo de patologia, será igualmente retirado da lista de espera.

1. A Lista de espera em 01/01/2003

De acordo com o critério estabelecido pelas ARS no apuramento das listas de espera dos hospitais (cfr. capítulo IV, Ponto 3 b)), constatamos que os Hospitais de Aveiro e de Santa Maria da Feira representam respectivamente 1,87% e 1,88% da lista de espera a nível nacional (cfr. Quadro 1) em 1 de Janeiro de 2003.

Quadro 1
Doentes em lista de espera em 1 de Janeiro de 2003
Variação face à lista de espera nacional

	NACIONAL	H.AVEIRO	Var. %	H.FEIRA	Var. %
LISTA PECLEC	182.473	2306	1,26%	4164	2,28%
EXPURGOS	58.926	0	0,00%	1837	3,12%
LISTA PECLEC EXPURGADA	123.547	2.306	1,87%	2.327	1,88%

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

O cálculo dos doentes em lista de espera é exemplificado na figura 2.

O ano de 1990 refere-se ao primeiro doente a entrar em lista de espera. Assim, em 1 de Janeiro de 2003, constam todos os doentes entrados na lista de espera até 31 de Dezembro de 2002, excluindo os operados e os cancelados (expurgados) até àquela data.

Em 1 de Janeiro de 2003, da constavam Lista de espera do Hospital de Aveiro 2306 doentes e no Hospital de Santa Maria da Feira 2327 doentes.

Figura 2
Lista de espera em 1 de Janeiro de 2003



2. A Lista de espera em 31/12/2003

Para o apuramento da lista de espera em 31 de Dezembro de 2003, efectuou-se o mesmo raciocínio para a lista apurada em 1 de Janeiro de 2003.

O cálculo dos doentes em lista de espera é exemplificado na figura 3.

Verifica-se assim que em 31 de Dezembro de 2003, o Hospital de Aveiro tinha em lista de espera 2659 doentes e o Hospital da Feira 2735 (cfr. Quadro 2)

Quadro 2

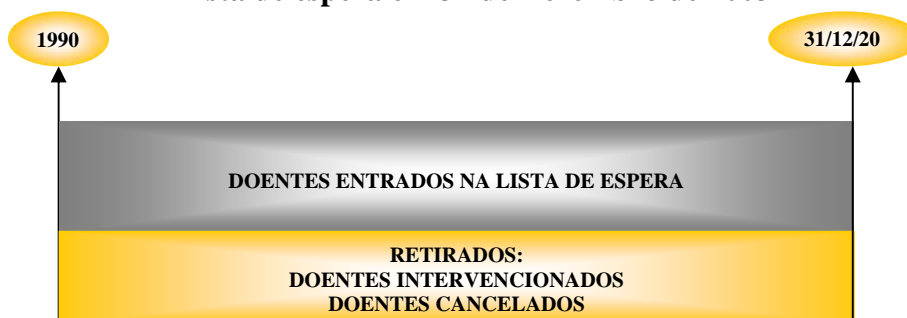
LISTA DE ESPERA EM 31 DE DEZEMBRO DE 2003

ESPECIALIDADE	HOSPITAL	
	H. AVEIRO	H. FEIRA
CIRURGIA	838	449
CPLASTICA		154
ESTOMATOLOGIA	11	
GINECOLOGIA	68	426
OBSTETRICIA		2
OFTALMOLOGIA	575	414
ORTOPEDIA	194	694
OTORRINO	759	552
UROLOGIA	214	44
Total Geral	2659	2735

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

Figura 3

Lista de espera em 31 de Dezembro de 2003



Ao ter em conta os dados emitidos pelo Tribunal de Contas (cfr. Quadro 5 anexo), concluímos que os Hospitais de Aveiro e Santa Maria da Feira apresentavam em 31 de Dezembro de 2003, respectivamente 1,72% e 1,76% dos doentes em lista de espera a nível nacional.

Ao nível da Administração Regional de Saúde do Centro, o Hospital de Aveiro era responsável por 7,94% de doentes em lista de espera e o Hospital de Santa Maria da Feira por 8,17%.

O encerramento da lista PECLEC “foi, efectivamente, em 31 de Dezembro de 2002” onde houve “doentes que foram aceites pelas ARS como elegíveis” (*Tribunal de Contas 2005: 16*) e com data posterior à prevista na RCM nº 100/2002.

Contudo, a análise efectuada à lista de espera, permitiu-nos apurar que os dois Hospitais cumpriram o previsto naquele diploma legal, em que os doentes

intervencionados em PECLEC deveriam estar em lista de espera com data inferior a 30 de Junho de 2002. Quer isto dizer, que apesar de se verificar uma extensão temporal na inclusão de doentes em lista PECLEC, os dois hospitais em análise operaram em PECLEC, apenas os doentes entrados até 30 de Junho de 2002.

O quadro 3 apresenta o tempo médio de espera por hospital em 1 de Janeiro e em 31 de Dezembro de 2003.

Quadro 3

Lista de espera

Hospital	lista	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Aveiro	Espera em dias	1 Jan 2003	2306	771,9046	487,38668
		31 Dez 2003	2659	393,0485	491,33747
Feira	Espera em dias	1 Jan 2003	2327	467,9085	113,25462
		31 Dez 2003	2735	112,4973	118,60791

Conclui-se a partir do mesmo (cfr. quadro 3) que em ambos os hospitais, embora o número de doentes em lista de espera tenha aumentado em 31 de Dezembro (Aveiro 2659 e Feira 2735 doentes), o tempo de espera diminui significativamente. Observando os valores das médias verificamos que o tempo médio de espera diminui cerca de 379 dias no Hospital de Aveiro e cerca de 355 dias no Hospital de Santa Maria da Feira.

Do que precede, parece-nos evidenciar uma contrariedade à teoria exponencial das listas de espera. Como iremos ver, optamos por efectuar o ajustamento desta amostra, à distribuição normal (ponto 6.4) seguida da distribuição exponencial (ponto 6.5) de forma a particularizarmos todas estas hipóteses estatísticas.

6.2. Agendamento do Bloco Operatório

Quadro 4

Agendamento em horas por dia da semana

		DIA DA SEMANA							TOTAL HORAS
HOSPITAL	ESPECIALIDADE	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM	
H. AVEIRO	TOTAL	42,0	42,5	32,0	44,0	30,0			190,5
	CIRURGIA	16,0	16,5	16,0	10,0				58,5
	GINECOLOGIA		16,0	6,0	10,0	6,0			38,0
	OFTALMOLOGIA			10,0		6,0			16,0
	ORTOPEDIA	10,0	10,0		14,0	18,0			52,0
	OTORRINO	10,0							10,0
	UROLOGIA	6,0			10,0				16,0
H. FEIRA	TOTAL	260,5	254,5	278,0	253,5	264,5	185,0	174,0	1.670,0
	CIRURGIA	33,0	33,0	33,0	33,0	28,0			160,0
	CPLASTICA					8,0			8,0
	GINECOLOGIA	15,5	3,5	8,0	14,5	16,5		6,0	64,0
	OBSTETRICIA	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	24,0	168,0
	OFTALMOLOGIA		11,0	22,0		11,0	14,0		58,0
	ORTOPEDIA	22,0	22,0	17,0	22,0	22,0			105,0
	OTORRINO	22,0	11,0	24,0	16,0	11,0	19,0		103,0
	UROLOGIA		6,0	6,0					12,0
	SUB-TOTAL	116,5	110,5	134,0	109,5	120,5	57,0	30,0	678,0
	CPRIVADA	144,0	144,0	144,0	144,0	144,0	128,0	144,0	992,0
Total Geral		302,5	297,0	310,0	297,5	294,5	185,0	174,0	1.860,5

Para obter as horas agendadas, socorremo-nos da tabela do agendamento do bloco operatório. Neste âmbito consideramos como agendamento a disponibilidade existente no Bloco Operatório (quer em recursos humanos e físicos) afecta a uma especialidade de acordo as regras de trabalho semanal. Por capacidade instalada, presumiu-se ser superior ao agendamento, uma vez que existem permanentemente meios físicos disponíveis ainda que não rentabilizados.

O quadro 4 representa as horas agendadas no Bloco Operatório, por semana, por especialidade e por Hospital onde todas as semanas do ano têm valor idêntico.

Verifica-se que o Hospital de Santa Maria da Feira, dispõem de mais horas para intervenção cirúrgica do que o Hospital de Aveiro. Se retirarmos as Cirurgias Privada (992 horas) e Plástica (8 horas) do Hospital de Santa Maria da Feira, concluímos que este tem um agendamento total de 670 horas por semana, face a 190,5 horas semanais do Hospital de Aveiro.

O agendamento é uma questão retomada mais adiante de forma mais pormenorizada.

6.3. Actividade no Bloco Operatório

1. Doentes intervencionados em 2003

Gráfico 5

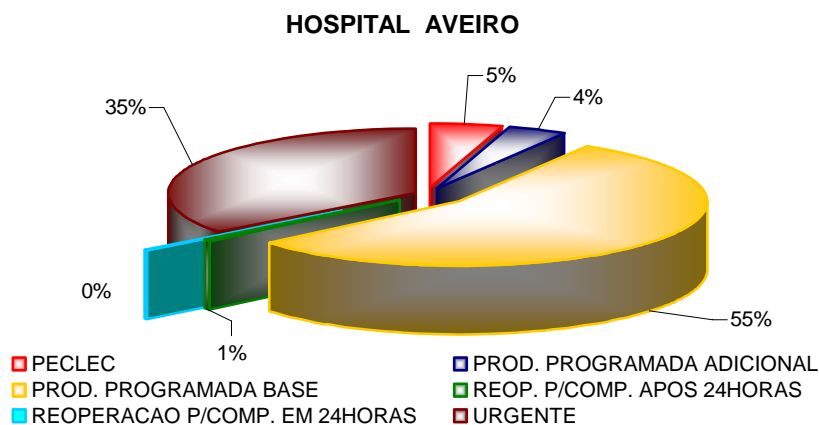
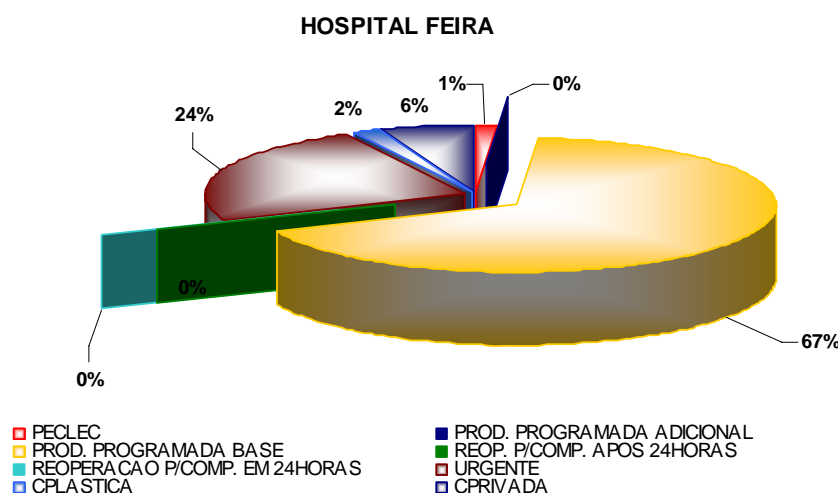


Gráfico 6



No total dos de doentes intervencionados em 2003 (6276 doentes), o Hospital de Aveiro operou 55% dos doentes em actividade programada base, 4% em produção programada adicional, 5% em PECLEC, 35% em situação de urgência, 1% de doentes reoperados após 24 horas e por último 0% (6 doentes) reoperados em 24 horas.

Quanto ao Hospital da Feira em igual período foram operados 12029 doentes, 67% dos quais em actividade programada base, 24% em situação de urgência, 6% em cirurgia privada, 2% em cirurgia plástica, 1% em PECLEC e 0% (zero doentes) nas restantes actividades (Gráfico 5).

Do total da nossa amostra (18305 doentes intervencionados), onde Hospital de Aveiro operou 6276 e o Hospital da Feira 12029 doentes, verifica-se a fraca adesão ao PECLEC por ambos os Hospitais, sendo mais evidente no Hospital da Feira (Gráfico 6), quando comparado percentualmente com o número de doentes intervencionados em cirurgia urgente e programada.

Quadro 5

Doentes intervencionados em PECLEC – descrição das intervenções cirúrgicas

INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	HOSPITAL AVEIRO		HOSPITAL S.M. FEIRA	
	PECLEC	PECLEC	CPRIVADA	EXPURGOS a)
RINOPLASTIA NCOP	1	3		
TRABECULECTOMIA AB EXTERNO	1			
EXTRACCAO DE CATARATA NCOP	1			
OPERACOES NUM MUSCULO EXTRAOCULAR NCOP	1			
OPERACOES TENDOES E MUSCULOS EXTRAOCULARES NCOP	1			
MIRINGOTOMIAS NCOP	1			
CORDECTOMIA VOCAL	1			
SUBSTITUICAO TOTAL DE ARTICULACAO DO MEMBRO INFERIOR	1			
TURBINECTOMIA POR DIATERMIA OU CRIOCIRURGIA	2	1		
AMIGDALECTOMIA (SEM ADENOIDECTOMIA)	2	1	7	15
LARINGOSCOPIA E TRAQUEOSCOPIA NCOP	3			
INS PROT INTRAOC CRIST SUCE EXTRACCAO CA	5			
SUBSTITUICAO TOTAL DA ANCA	6	9	13	51
SEPTOPLASTIAS NCOP	7			
ADENOIDECTOMIA SEM AMIGDALECTOMIA	13	3	4	15
SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	15	18	48	31
AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	37	28	22	42
EXTRACCOES EXTRACAPSULARES DO CRISTALINO NCOP	39			
FACOEM ULSIFICACAO E ASPIRACAO DE CATARATA	152		90	66
OPERACOES NA CADEIA OSSICULAR NCOP		1		
TIM PANOPLASTIA TIPO IV		1		
EXCISAO DE LESAO DO OUVIDO MEDIO		1		
REVISAO DE RINOPLASTIA		1		
SINUSECTOMIA NCOP		1		
OPERACOES NA UVULA NCOP		1		
EXCISAO OU DEST DE LESAO OU TECIDO DA LARINGE NCOP		1	2	0
ARTRODESE DE OUTRAS ARTICULACOES ESPECIFICADAS		1	1	2
TIM PANOPLASTIA TIPO III		2		
REVISAO DE TIM PANOPLASTIA		2		
MIRINGOTOMIA COM INSERCAO DE TUBO		2		
MASTOIDECTOMIAS NCOP		2	1	2
REVISAO DE MASTOIDECTOMIA		2		
EXCISAO DA UVULA		2		
RECONSTRUCAO DE CANAL AUDITIVO EXTERNO		3		
TIM PANOPLASTIAS NCOP		3		
EXCISAO DE DISCO INTERVERTEBRAL		3		
TIM PANOPLASTIA TIPO II		4		
SINUSOTOMIA NCOP		5		
ESTAPEDECTOMIA		6		
MIRINGOPLASTIA		13	1	43
INCISAO DE MULTIPLOS SEIOS NASAIS		17	2	15
RESSECCAO SUBMUCOSA DO SEPTO NASAL		42		
OUTRAS INTERVENÇÕES CIRURGICAS	0	0	507	
TOTAL	289	179	698	282

a) Expurgos efectuados até 1/12/2002

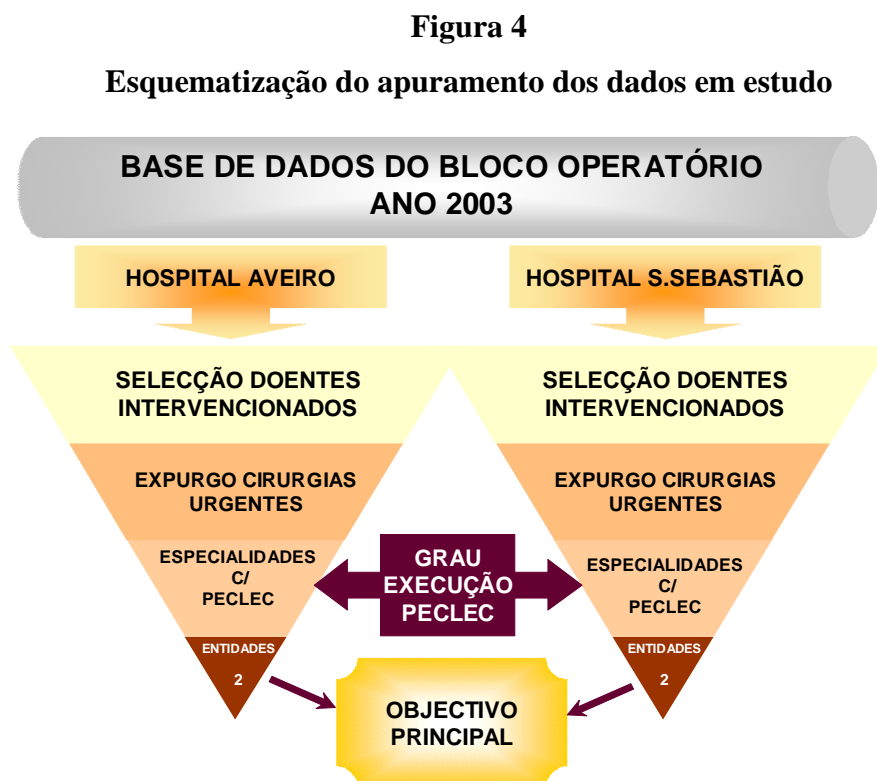
Sendo o PECLEC o objecto principal deste trabalho, pormenorizamos a nossa análise efectuando a discriminação das intervenções cirúrgicas a que os doentes foram

submetidos. Verificamos que fora da actividade normal foram realizadas determinadas intervenções cirúrgicas em cirurgia privada (no Hospital de Santa Maria da Feira) que se realizavam também em PECLEC (cfr. Quadro 5).

Uma das eventuais razões para a fraca adesão do Hospital de Santa Maria da Feira ao PECLEC poderá estar aqui evidenciada, dada a alternativa do doente poder recorrer à cirurgia privada. Ao analisarmos os 698 casos verificamos que os doentes não constavam da lista de espera, pelo que não poderemos considerar tratar-se de um desvio de doentes da lista de espera.

Contudo, analisamos os expurgos efectuados até 31 de Dezembro de 2002, por patologia (cfr. Quadro 5) verificamos que foram expurgados um número significativo de doentes que poderiam ter sido intervencionados em PECLEC. Apesar de poder estar aqui evidenciada, a possível razão da fraca adesão ao PECLEC por parte do Hospital de Santa Maria da Feira, os dados não nos permitem afirmá-lo por não dispormos dos dados identificativos dos doentes.

2. Execução do PECLEC por especialidades



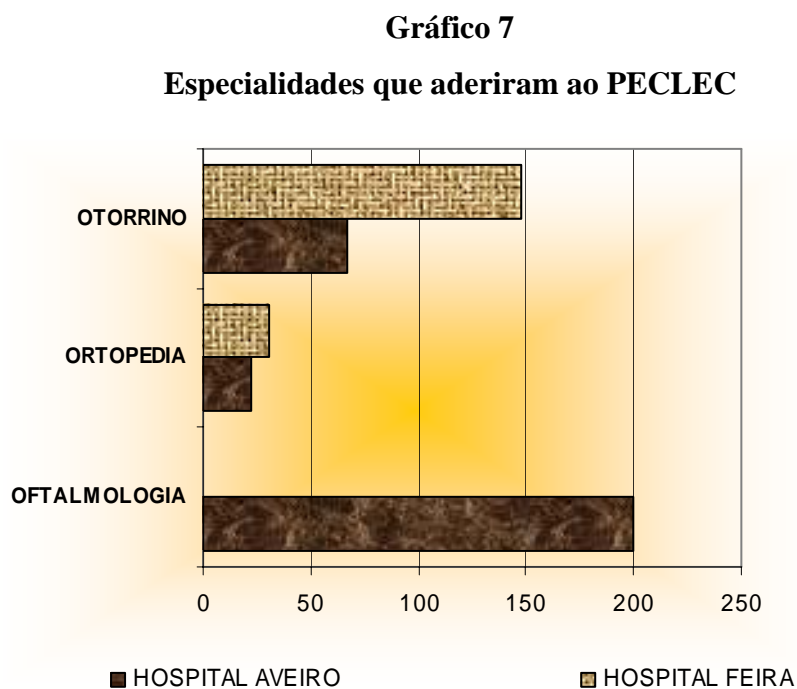
Como exemplificamos na figura 4, a base de dados em análise é constituída pelas intervenções cirúrgicas realizadas pelos Hospitais de Aveiro e de Santa Maria da Feira no ano de 2003.

Como um doente intervencionado pode ser sujeito a um ou mais procedimento cirúrgico seleccionamos para a nossa amostra apenas os doentes intervencionados.

De seguida expurgamos os doentes intervencionados de urgência.

Constatamos ainda, que da nossa amostra faziam parte actividade cirúrgica privada e a cirurgia plástica realizada no Hospital de Santa Maria da Feira. Assim, não existindo uma correspondência dos dados entre hospitais, optamos por excluir também os doentes intervencionados no âmbito destas actividades. Ou seja, expurgamos todos os doentes da cirurgia plástica por não existir esta valência no Hospital de Aveiro e os doentes da cirurgia privada por não existir esta actividade no Hospital de Aveiro. Além disso, a cirurgia privada corresponde a um tipo de actividade que dispõe de um agendamento específico para o efeito.

A aplicação destes critérios permitiu-nos restringir a amostra, de forma a obter-se de entre todas as especialidades, quais as que aderiram ao PECLEC e quais as patologias mais intervencionadas.



Assim, conforme demonstra o gráfico 7, o Hospital de Aveiro aderiu ao Programa PECLEC nas especialidades de Otorrinolaringologia, Ortopedia e Oftalmologia.

O Hospital de Santa Maria da Feira aderiu ao Programa do PECLEC, para as especialidades de Otorrinolaringologia e Ortopedia.

Face ao cenário apresentado, escolhemos entre as duas especialidades comuns aos dois hospitais (Otorrinolaringologia e Ortopedia), a patologia que apresentava maior número de doentes intervencionados em PECLEC (cfr. Quadro 6 anexo).

Ao avaliarmos a influência do PECLEC na actividade normal de cada um dos Hospitais em análise, o quadro 7 em anexo, permite concluir que o Programa PECLEC não foi superior à cirurgia programada dos serviços, conforme era exigido no programa. A relação entre a actividade programada e o PECLEC será abordada no ponto 6.8 ao analisarmos a ocupação do Bloco Operatório.

Face ao exposto, seleccionaram-se da nossa amostra, a Substituição Total do Joelho e a Amigdalectomia com Adenoidectomia (cfr. Quadro 7 anexo).

Recordando a análise efectuada anteriormente e visível no quadro 5, é também evidente que para estas duas patologias o Hospital de Santa Maria da Feira operou mais doentes (70 doentes) em cirurgia privada do que em PECLEC.

De acordo com o Quadro 8 anexo, a nossa amostra é agora composta por 620 doentes, sendo o Hospital de Aveiro responsável por 39,5% e o Hospital da Feira por 60,5%. Esta distribuição é devidamente identificada por tipo de intervenção cirúrgica no quadro 5.

Quadro 6

Doentes Intervencionados por Hospital e por Tipo de Cirurgia

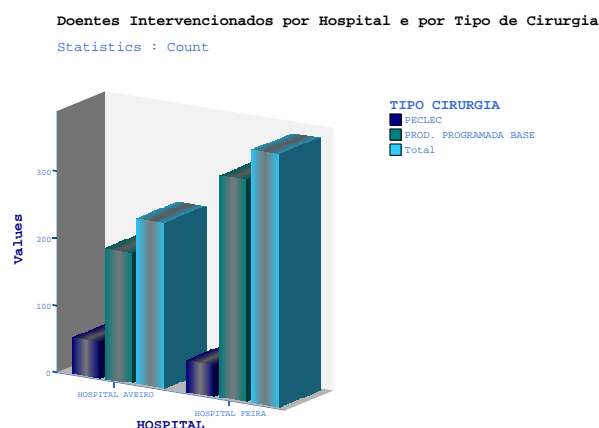
	Count	
	HOSPITAL	
	AVEIRO	FEIRA
PECLEC	52	46
PROD. PROGRAMADA BASE	193	329
Total	245	375

Para as duas patologias em estudo, verifica-se que foram operados mais doentes no Hospital de Santa Maria da Feira do que no Hospital de Aveiro.

Constata-se ainda, que Hospital de Aveiro teve uma adesão superior ao PECLEC comparativamente com o Hospital de Santa Maria da Feira.

Analisando a cirurgia programada verificamos que ela é mais significativa no Hospital da Feira (Gráfico 8).

Gráfico 8
Doentes intervencionados por Hospital e por tipo de cirurgia



O quadro 7 especifica por especialidade a população da nossa amostra. Verifica-se, que as duas entidades (patologias) correspondem as especialidades de Otorrinolaringologia e Ortopedia. Quer o Hospital de Aveiro, quer o Hospital da Feira apresentam uma maior adesão ao PECLEC em Otorrino, quando comparado com a outra especialidade em estudo (Ortopedia).

Quadro 7
Doentes Intervencionados por Hospital, Especialidade e por Tipo de Cirurgia

		Count	
ESPECIALIDADE		HOSPITAL	
		AVEIRO	FEIRA
ORTOPEDIA	PECLEC	15	18
	PROD. PROGRAMADA BASE	89	48
	Total	104	66
OTORRINO	PECLEC	37	28
	PROD. PROGRAMADA BASE	104	281
	Total	141	309

O nosso objectivo não é retratar qual dos Hospitais apresenta maior actividade, nem mesmo comparar a produção efectuada por ambos. Pretende-se avaliar o impacto do PECLEC na actividade do Bloco Operatório nas patologias mencionadas.

Assim, conforme já foi referido verifica-se que no decurso do ano de 2003 os Hospitais em análise apresentaram uma fraca adesão ao PECLEC, sendo o número de doentes intervencionados em actividade normal (com a mesma patologia) superior.

Para a Substituição Total do Joelho o Hospital de Aveiro apresenta 14% da sua actividade em PECLEC e o Hospital da Feira 27%.

Para a Amigdalectomia com Adenoidectomia, o Hospital de Aveiro apresenta 26% da sua actividade em PECLEC e o Hospital da Feira 9%.

6.4. Distribuição Normal dos Tempos de Espera e Acto Cirúrgico

6.4.1. Introdução Teórica

Gauss deduziu a sua equação matemática a partir de estudos realizados sobre a distribuição dos erros de medida em torno da média, isto é, a lei matemática que rege a dispersão e o afastamento dos valores de medida em relação ao seu valor médio, ou mais exactamente, em relação ao valor real de grandeza medida.

A distribuição normal é a mais importante das *distribuições contínuas* pois muitas variáveis aleatórias de ocorrência natural ou de processos práticos obedecem a esta distribuição.

Abraham de Moivre, em 1733, publicou a equação da curva normal:

$$f(x) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}\sigma} e^{\frac{-(x-\mu)^2}{2\sigma^2}} \quad \text{em que } -\infty < x < \infty$$

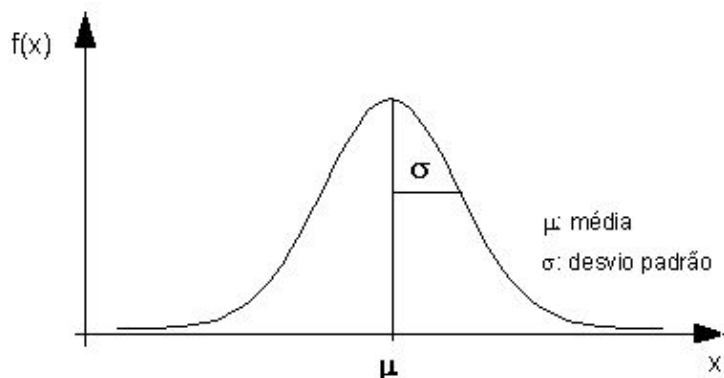
Pode-se observar por meio da equação acima, a distribuição normal inclui os parâmetros μ e σ , os quais possuem os seguintes significados:

μ = Média populacional: posição central da distribuição

σ = Desvio padrão populacional: dispersão da distribuição.

Se uma variável aleatória x tem distribuição normal com média μ e variância σ^2 , diz-se que $x \sim N(\mu, \sigma^2)$

A figura a seguir mostra uma curva normal típica, com seus parâmetros descritos graficamente.



A curva normal tem *forma de sino*, ou seja, é unimodal, e o seu valor de máxima freqüência (moda) coincide com o valor da média e da mediana.

A *média* é o centro da curva e a distribuição de valores maiores que a média ($x + \mu > 0$) e a dos valores menores que a média ($x + \mu < 0$) é perfeitamente *simétrica*, ou seja, se passarmos uma linha exatamente pelo centro da curva teremos duas metades, sendo que cada uma delas é a imagem especular da outra.

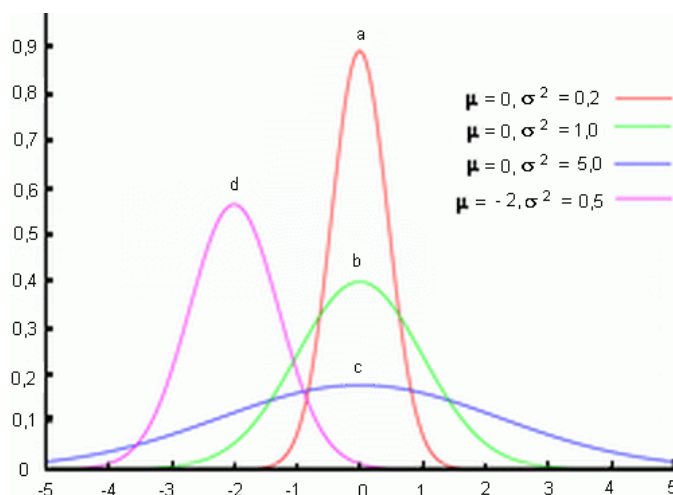
As extremidades da curva se estendem de forma indefinida ao longo de sua base (o eixo das abcissas) sem jamais tocá-la. (Portanto, o campo de variação da distribuição normal se estende de - infinito a + infinito).

A curva normal é uma distribuição que possibilita determinar probabilidades associadas a todos os pontos da linha de base, ou seja, é uma distribuição de frequências, sendo a frequência total sob a curva igual a 100%.

É muito importante entender como a curva é afectada pelos valores numéricos de μ e σ .

Assim, como se vê na figura abaixo, se diferentes amostras apresentarem o *mesmo valor de média* μ e *diferentes valores de desvios padrão* σ , a distribuição que tiver o maior desvio padrão se apresentará mais achatada (c), com maior dispersão em torno da média. A que tiver o menor desvio padrão apresentará o maior valor de frequência e acentuada concentração de indivíduos em valores próximos à média (a).

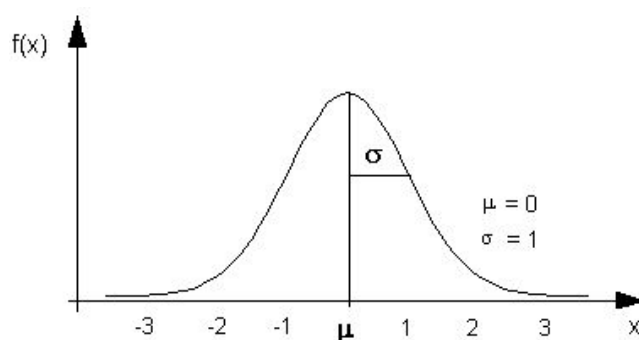
Já, distribuições normais com *valores de médias diferentes* e o *mesmo valor de desvio padrão* possuem a mesma dispersão, mas diferem quanto à localização no eixo dos X. Quanto maior a média, mais à direita está a curva.



Distribuição Normal Padrão

Todas as curvas normais representativas de distribuições de frequências podem ser transformadas em uma curva normal padrão, usando o desvio padrão (σ) como unidade de medida indicativa dos desvios dos valores da variável em estudo (x), em relação à média (μ).

A *Distribuição Normal Padrão* é caracterizada pela média (μ) igual a *zero* e desvio padrão (σ) igual a *1*.



Se a variável x tem distribuição normal, pode-se definir a distribuição de uma nova variável, denominada z . Sendo que pode assim ser calculada:

$$z = (x - \mu) / \sigma$$

A equação da curva de z é:

$$f(z) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{\frac{-z^2}{2}} \quad \text{em que } -\infty < z < \infty$$

É importante lembrar que a *área sob a curva* pode ser entendida como uma *medida de sua probabilidade* e que a área sob a curva normal é igual a 1.

Então, se forem tomados dois valores específicos, pode-se determinar a proporção de área sob a curva entre esses dois valores.

Para a distribuição Normal, a proporção de valores caindo dentro de um, dois, ou três desvios padrão da média são:

<i>entre</i>	<i>é igual a</i>
$\mu \pm 1\sigma$	68,26% (1)
$\mu \pm 2\sigma$	95,44% (2)
$\mu \pm 3\sigma$	99,74% (3)

6.4.2. Tempos de Espera

Socorrendo-nos desta teoria, passaremos de seguida a analisar os tempos de espera para a Substituição Total do Joelho e para a Amigdalectomia com Adenoidectomia, em PECLEC e na actividade normal para os dois Hospitais em estudo. Para o efeito apresentamos os histogramas dos tempos de espera e o seu comportamento em relação à Curva de *Gauss*. Os quadros 9 e 10 em anexo, fornecem os indicadores de estatística descritiva dos gráficos que passaremos a apresentar.

1. Hospital de Aveiro

Gráfico 9

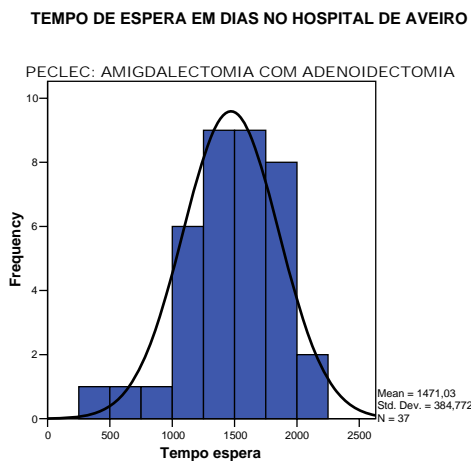


Gráfico 10

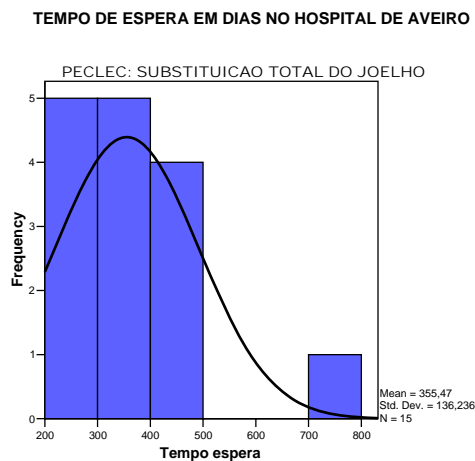


Gráfico 11

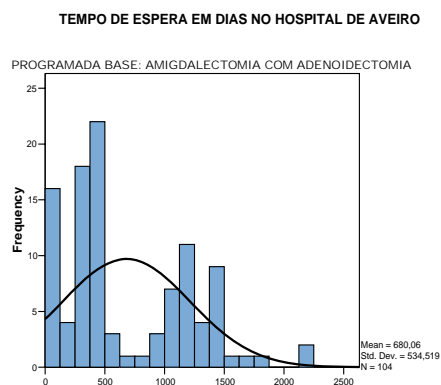
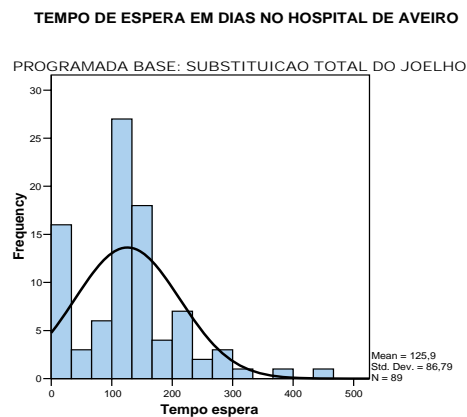


Gráfico 12



Tempo de espera: média em dias

Com base nos histogramas 9 e 10, verifica-se que o tempo médio de espera para os doentes na lista PECLEC, foi maior (1471 dias) para a Amigdalectomia com Adenoidectomia do que para a Substituição do Joelho (cerca de 355 dias). Ao confrontarmos com actividade normal (Gráficos 11 e 12), verificamos que os tempos médios de espera são inferiores (680 dias para a Amigdalectomia e cerca de 126 dias para a Substituição do Joelho).

Nos doentes intervencionados em PECLEC, a Amigdalectomia (Gráfico 9) cuja média é de 1471 dias de espera, apresenta um mínimo de 375 dias e um máximo de 2131 dias de espera. Por sua vez a mediana ou ponto médio situa-se nos 1501 dias, indicando

que a distribuição não é perfeitamente simétrica, mas antes enviesada para a esquerda existindo valores pequenos como “outliers”¹¹⁸ (Gráfico12). De referir ainda que esta amostra apresenta um desvio padrão de 63 dias em relação média, que 25% dos elementos desta amostra (1º Quartil) se situam entre os 1250 e os 1471 dias e 75% desta amostra (3º Quartil) se situam entre os 1471 e os 1812 dias de espera. Olhando para a Curva de Gauss, verificamos que a nossa distribuição é “quase” simétrica. Estamos perante uma execução dos trâmites previstos no PECLEC, onde os doentes que remontam a 1997 são retirados da lista de espera por intervenção cirúrgica.

Ainda dentro do PECLEC, agora para a Substituição do Joelho (Gráfico 10) onde a média é de 355 dias e o desvio padrão de 35 dias em relação a esta, o mínimo da espera situa-se em nos 209 dias e o máximo de espera em 776 dias. A mediana que apresenta 325 dias indica uma distribuição enviesada para a direita existindo valores grandes como “outliers”. Nesta amostra 25% dos elementos (1º Quartil) encontram-se entre os 273 e 355 dias e 75% (3º Quartil) entre os 355 e 413 dias de espera. Nesta a mostra constatamos que o “outlier” com 776 dias de espera remonta ao ano 2000 é retira da lista de espera (operado) em 2003. Não existem doentes em espera no intervalo compreendido entre os 500 e os 700 dias de espera. Os doentes com esperas entre 200 e 500 dias são retirados da lista de espera (operados) qualquer destes doentes obedece aos critérios do PECLEC.

Na actividade normal, já constatamos que o tempo de espera dos doentes intervencionados baixou (Gráficos 11 e 12), em que a espera mínima situa-se nos zero dias para as duas patologias e o máximo de 444 dias (Substituição do Joelho) e 2189 dias (Amigdalectomia). Ambas as distribuições são enviesadas para a direita, apresentando valores grandes como “outliers” (Gráfico 15 e 16). Também nestas duas amostras se verifica a existência de um grau de dispersão em relação à média, embora a variabilidade seja significativamente inferior (9 dias) para a actividade normal da Substituição Total do Joelho. No Hospital de Aveiro, a cirurgia programada base em Amigdalectomia (Gráfico 11) parece sugerir que existem duas modas. Contudo, quando analisamos os dados nada podemos concluir se estamos perante populações distintas subjacentes, uma vez que não dispomos de qualquer outra informação.

¹¹⁸ “Outlier” são valores que se distinguem dos restantes, dando a ideia de não pertencerem ao mesmo conjunto de dados.

Analisando a gráfico 15, constatamos que para a Amigdalectomia em cirurgia programada, 25% (1º Quartil) está compreendido entre os 316 e os 440 dias de espera, estando os outros 75% (3º Quartil) situado entre os 355 e os 1148 dias de espera.

Observando a gráfico 16 e utilizando o mesmo critério, 25% da amostra para a Substituição Total do Joelho em cirurgia programada se situa entre os 86 e os 120 dias de espera e os restantes 75% entre os 120 e os 162 dias.

Nas duas distribuições (2 patologias), constatamos que em actividade normal programada são retirados doentes com grandes esperas, doentes que poderiam ter sido operados no âmbito do PECLEC. Constatamos ainda que existe um número significativo (quando comparados com a amostra) de doentes que não chegam a entrar na lista de espera, pelo que aquando da consulta externa foram imediatamente internados para realizar intervenção cirúrgica.

Gráfico 13

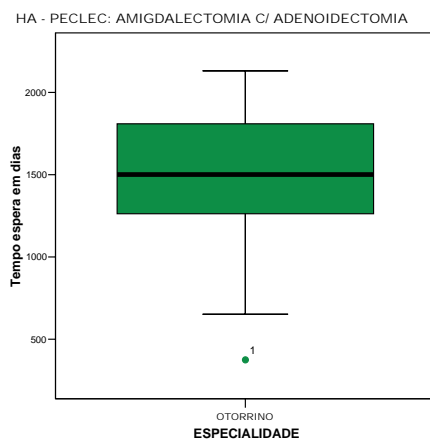


Gráfico 14

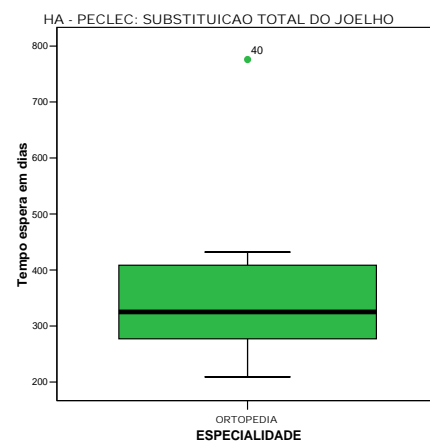


Gráfico 15

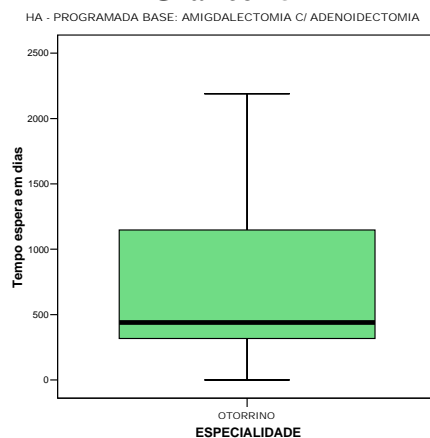
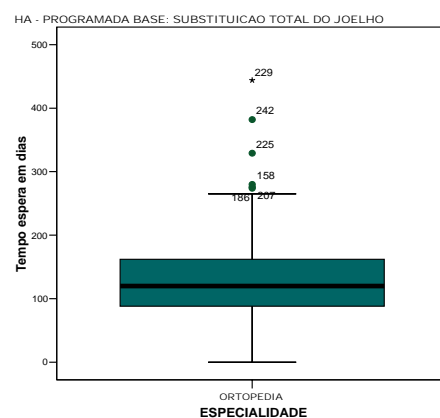


Gráfico 16



Tempo de espera: média em dias

Do que precede, apenas o tempo de espera para a Amigdalectomia com Adenoidectomia do Hospital de Aveiro permite afirmar que estamos aproximadamente perante uma população normal Assim, o tempo de espera para esta patologia é de 1471 dias que pode variar mais ou menos 63 dias.

Ainda no Hospital de Aveiro, os doentes intervencionados no âmbito do Peclec que apresentam um tempo médio de espera de 355,47 dias ultrapassaram em muito o tempo clinicamente aceitável para a Substituição do Joelho (≤ 180 dias)¹¹⁹. No entanto, os doentes intervencionados em cirurgia programada tiveram uma média de espera de 125,9 dias de espera e por isso dentro dos limites do tempo clinicamente aceitável.

2. Hospital de Santa Maria da Feira

Gráfico 17

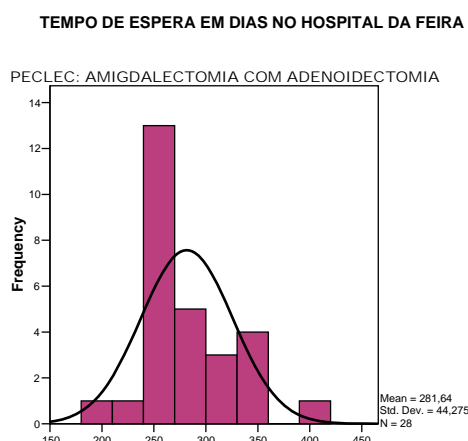


Gráfico 19

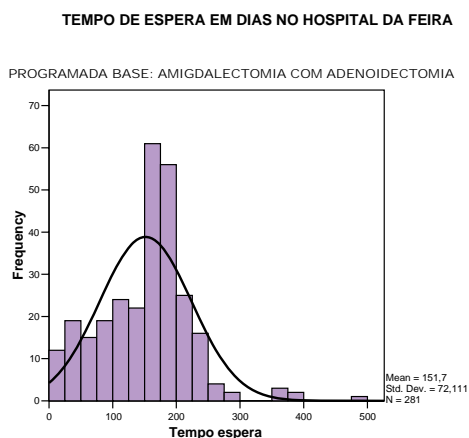


Gráfico 18

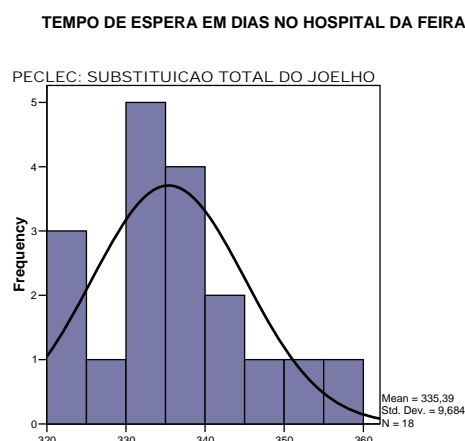
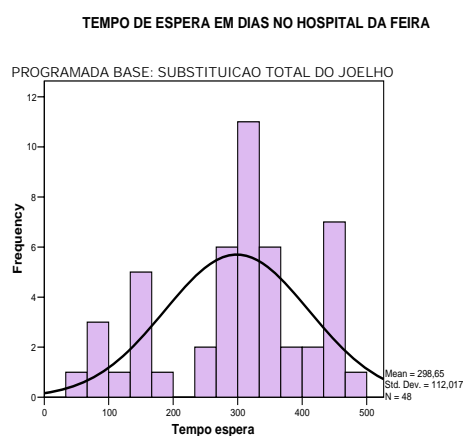


Gráfico 20



Tempo de espera: média em dias

¹¹⁹ Consultar ponto 3.

Os histogramas 17 e 18 descrevem que o tempo médio de espera para os doentes na lista PECLEC, foi maior (355 dias) para a Substituição do Joelho do que para a Amigdalectomia com Adenoidectomia (cerca de 282 dias). Comparando com actividade normal (Gráficos 19 e 20), verificamos que os tempos médios de espera são inferiores (cerca de 152 dias para a Amigdalectomia e 294,64 dias para a Substituição do Joelho).

Nos doentes intervencionados em PECLEC, a Amigdalectomia (Gráfico 17) cuja média é de 282 dias de espera, apresenta um doente com um mínimo de 198 dias e outro com um máximo de 409 dias de espera. Por sua vez a mediana ou ponto médio situa-se nos 264,5 dias, indicando que a distribuição é enviesada para a direita existindo valores grandes como “outliers” (Gráfico 21). De referir ainda que esta amostra apresenta um desvio padrão de 8,36 dias em relação média, que 25% dos elementos desta amostra (1º Quartil) se situam entre os 255 e os 264,5 dias e 75% desta amostra (3º Quartil) se situam entre os 264,5 e os 313,25 dias de espera. Quando comparados com o Hospital de Aveiro, verifica-se que os tempos de espera são inferiores. Verifica-se uma exequibilidade da aplicação do PECLEC uma vez que são operados doentes com elevados tempos de espera.

Ainda no âmbito do PECLEC, mas em relação à Substituição do Joelho (Gráfico 18) a média situa-se nos 355 dias (curiosamente igual ao Hospital de Aveiro) e um desvio padrão de 2,28 dias em relação a esta. O doente com menor espera situa-se nos 323 dias e o doente com o tempo máximo de espera em 358 dias. A mediana com 333,5 dias indica uma distribuição enviesada para a direita existindo valores grandes como “outliers”. Nesta amostra 25% dos elementos (1º Quartil) encontram-se entre a mediana e os 329 dias e 75% (3º Quartil) entre a mediana e os 341 dias de espera.

No que se refere à actividade normal programada, tal como no Hospital de Aveiro, constatamos que o tempo de espera dos doentes intervencionados baixou (Gráficos 19 e 20), em que o doente com menor espera situa-se em um dia no caso da Amigdalectomia e 42 dias para a Substituição do Joelho. O máximo tempo de espera verificado é muito semelhante nas duas patologias, ou seja de 489 dias (Amigdalectomia) e 469 dias (Substituição do Joelho). Ambas as distribuições são enviesadas para a esquerda, apresentando valores pequenos como “outliers” (Gráficos 23 e 24), situação claramente contrária à verificada no Hospital de Aveiro que apresenta valores de espera elevados como “outliers”. O grau de dispersão em relação à média é de 4,30 dias para a

Amigdalectomia e de 16,16 dias para a Substituição Total do Joelho, ambas em actividade normal programada.

Conforme o gráfico 23, para a Amigdalectomia em cirurgia programada, 25% (1º Quartil) da amostra está compreendida entre os 111 e os 151,70 dias de espera, estando os outros 75% (3º Quartil) situado entre a média e os 192 dias de espera.

Pelo gráfico 24 resulta que 25% da amostra para a Substituição Total do Joelho em cirurgia programada se situa entre a média e os 247,75 dias de espera e os restantes 75% entre a mesma e os 364,25 dias.

Por último e tal como sucedeu com o Hospital de Aveiro verifica-se que doentes com espera significativas e possíveis de entrar na lista PECLEC, foram intervencionados na actividade normal programada. Assim, pelo gráfico 19 verifica-se que para a Amigdalectomia, no decurso de 2003 foram operados doentes com esperas longas (489 dias no máximo, com entrada na lista em 2002). Conclui-se ainda a existência de doentes com zero dias de espera, o que se presume que aquando da consulta externa ficaram imediatamente internados para intervenção cirúrgica. De acordo com o gráfico 20 o doente que menos tempo esperou foi 42 dias, colocando-se em hipótese a possibilidade de sair da consulta externa com data de intervenção cirúrgica marcada. O maior tempo de espera remonta ao ano de 2001, onde existe um doente com um tempo máximo é de 469 dias. Também para a Substituição Total do Joelho, são intervencionados doentes em actividade normal, doentes que poderiam pertencer à lista PECLEC.

Gráfico 21

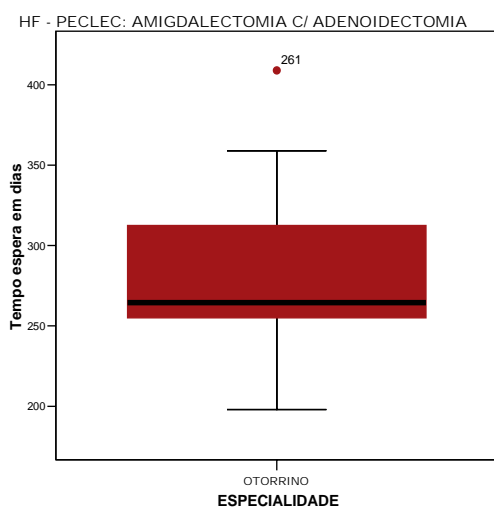


Gráfico 22

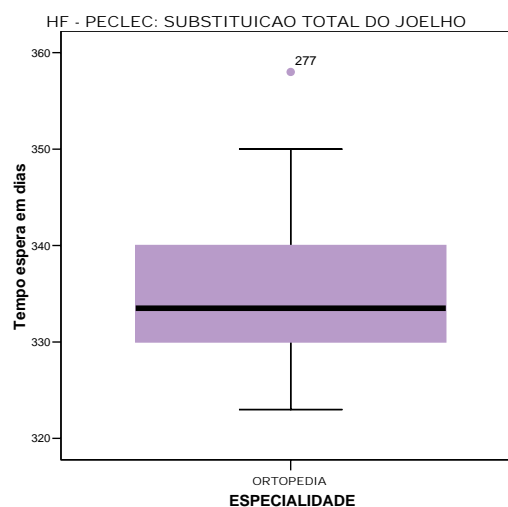


Gráfico 23

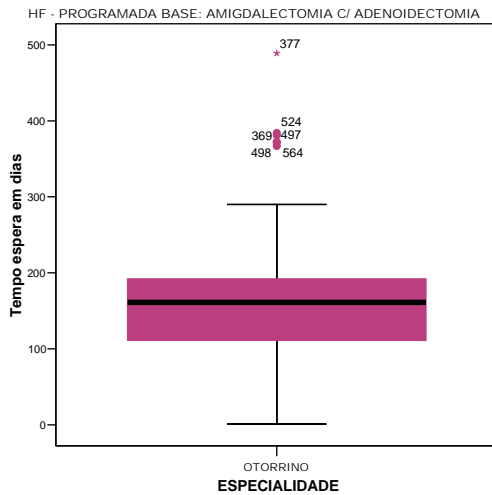
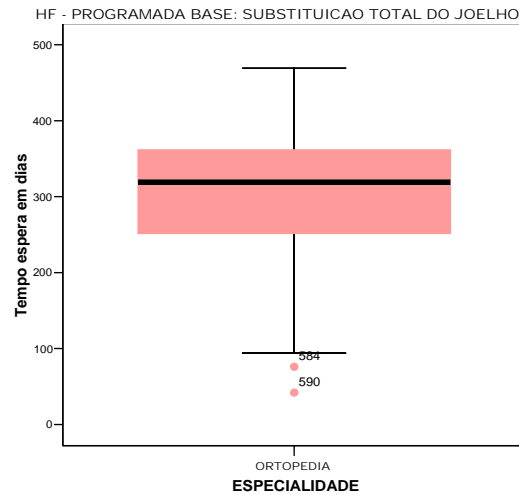


Gráfico 24



Tempo de espera: média em dias

Quando comparamos as médias dos tempos de espera para a Substituição do Joelho com o tempo clinicamente aceitável, constata-se que quer os doentes intervencionados quer em PECLEC quer em cirurgia programada ultrapassaram os 180 dias¹²⁰.

Com vista a testar a igualdade do tempo médio de espera entre hospitais, consideraram-se as seguintes hipóteses:

- H_0 : O tempo médio de espera entre os dois hospitais é igual

$$(\mu A - \mu F) = 0$$

Onde μA corresponde ao tempo médio de espera no Hospital de Aveiro e μF corresponde ao tempo médio de espera no Hospital de Santa Maria da Feira.

- H_1 : Existe diferença entre os tempos médios de espera entre os dois hospitais

$$(\mu A - \mu F) \neq 0$$

¹²⁰ Consultar ponto 3.

Os intervalos de confiança implícitos nos valores médios dos gráficos 9, 10 11 e 12 indicam que os testes de hipótese de igualdade de médias rejeitam a hipótese nula. Pelo que optamos por efectuar um Teste de Student (t-Test) (Cfr. Quadro 11 em anexo).

De acordo com este Teste conclui-se que entre Hospitais a análise estatística é inconclusiva à excepção da Ortopedia (Prótese do Joelho) que evidencia não existir diferenças significativas entre o tempo médio de espera entre os dois Hospitais em análise ($p\text{-value}=0,536$). Analisando os intervalos de confiança todos levam a concluir que não existe diferenças significativas entre as médias dos tempos de espera pelo que existe um comportamento padronizado nos dois Hospitais.

Se atendermos à diferença da média amostral dada pelo quadro do teste efectuado e transpondo estes valores para a realidade podemos interpretá-los simplesmente e a “olho nu” da seguinte forma:

- Para a Prótese do Joelho (Ortopedia) a média de espera para a intervenção cirúrgica em PECLEC foi superior no Hospital de Aveiro 20, 078 dias, relativamente ao Hospital da Feira.

- Para a mesma patologia, mas em cirurgia programada verifica-se que no Hospital de Aveiro, o tempo médio de espera em relação ao Hospital da Feira é inferior em 172, 747 dias.

- Na Amigdalectomia (ORL), a média de espera para as intervenções cirúrgicas realizadas em PECLEC, foram significativamente superiores (1189, 384 dias) no Hospital de Aveiro relativamente ao Hospital da Feira.

- Para a mesma patologia, mas em cirurgia programada também o Hospital de Aveiro regista um tempo de espera superior ao Hospital da Feira em 528, 357 dias.

De referir que todas estas conclusões têm uma significância estatística de 5%.

6.4.3. Acto Cirúrgico

O PECLEC apresenta-se, como vimos, como um Programa de incentivos a médicos e enfermeiros, com vista a retirar os doentes da lista de espera, pela intervenção cirúrgica fora da actividade normal programada.

Deste modo, julgamos ser pertinente avaliar os tempos cirúrgicos efectuados para a Substituição Total do Joelho e para a Amigdalectomia com Adenoidectomia, quer estejamos perante actividade normal programada ou se em sede de PECLEC.

As médias dos tempos cirúrgicos dos gráficos que se seguem apresentam-se em minutos.

Gráfico 25

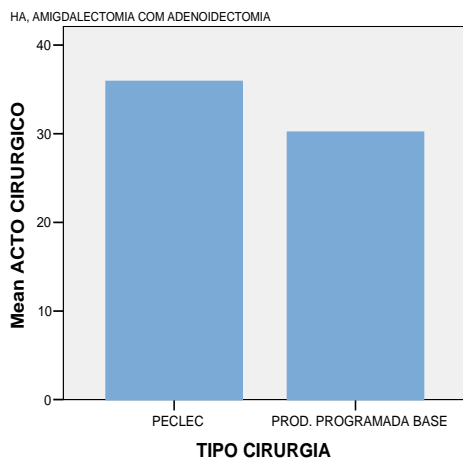


Gráfico 26

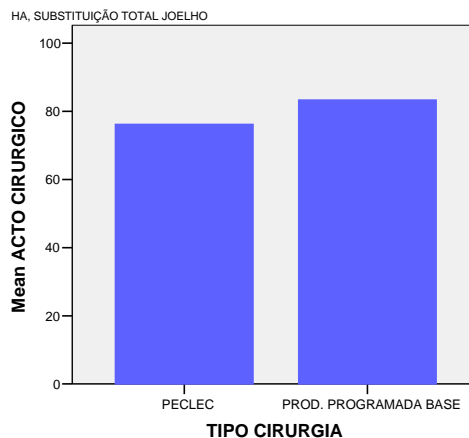


Gráfico 27

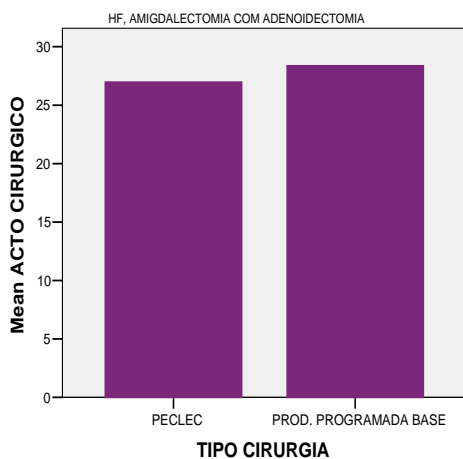
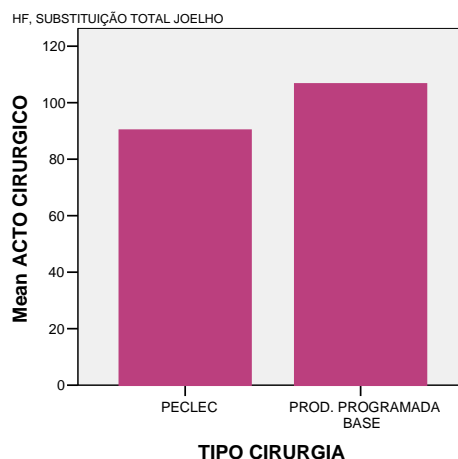


Gráfico 28



Acto Cirúrgico: Tempo médio em minutos

De acordo com os gráficos 26, 27 e 28, constatamos uma diminuição pouco acentuada do tempo do acto cirúrgico (em minutos) para ambas as patologias e nos dois hospitais, à excepção (Gráfico 25) da Amigdalectomia realizada no Hospital de Aveiro, que contraria claramente esta tendência.

Analizando em pormenor verifica-se:

1. Hospital de Aveiro

Gráfico 29

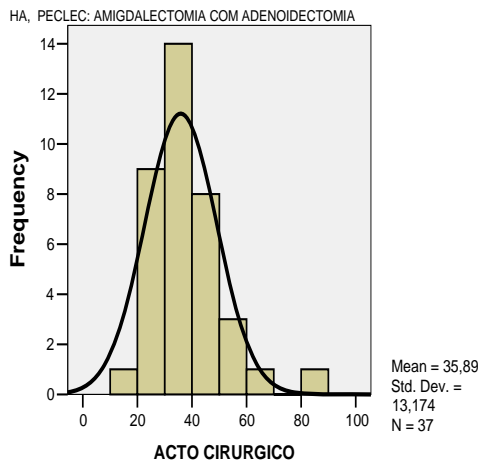


Gráfico 30

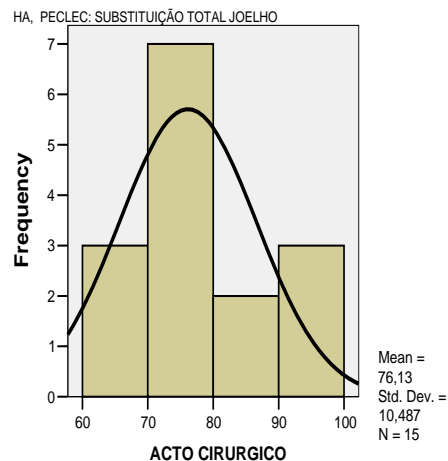


Gráfico 31

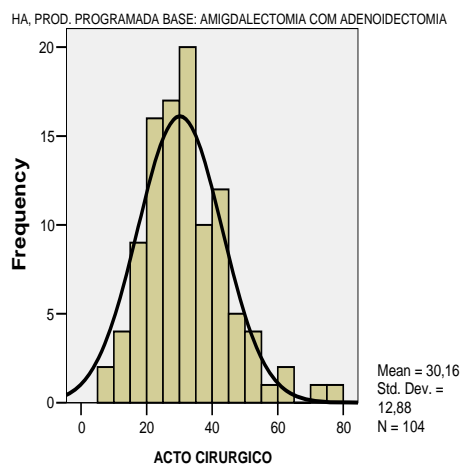
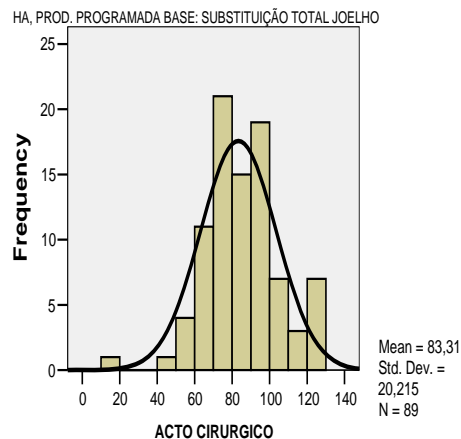


Gráfico 32



Acto Cirúrgico: Tempo médio em minutos

O histograma 29 descreve um tempo médio de 35,89 minutos no acto cirúrgico em PECLEC para a Amigdalectomia. O tempo máximo obtido na nossa amostra ronda os 87 minutos e mínimo 10 minutos (cfr. Quadro 12 em anexo). De acordo com o ponto médio (mediana) o tempo do acto cirúrgico é de 35 minutos, indicando que a distribuição é simétrica.

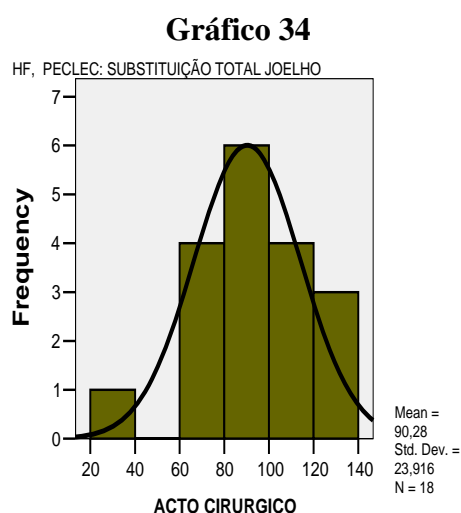
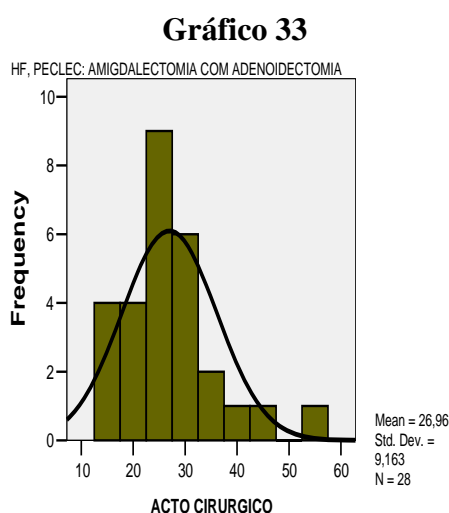
Analizando a Amigdalectomia, agora em actividade normal programada (Gráfico 31), verificamos que o tempo médio é de 30,16 minutos. O tempo mínimo verificado situa-

se nos 5 minutos e o máximo atingido para este acto foi de 80 (cfr. Quadro 12 em anexo). De acordo com o ponto médio da amostra, que se situa nos 30 minutos, permite indicar que estamos também na presença de uma distribuição simétrica.

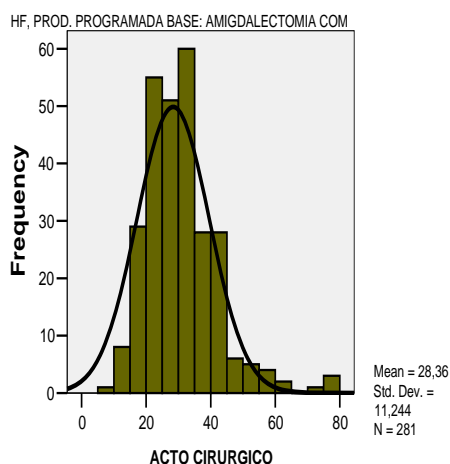
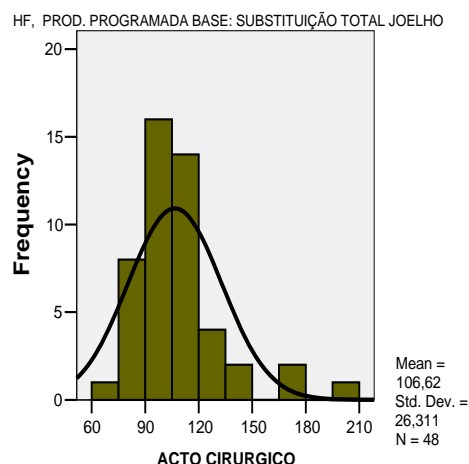
No que se refere à Substituição Total do Joelho, em PECLEC (Gráfico 30) o tempo médio do acto cirúrgico é de 76,13 minutos. O tempo máximo verificado foi de 95 minutos e o mínimo de 60 minutos. Quanto à mediana, esta situa-se nos 75 minutos, pelo que nos atrevemos a afirmar que o enviesamento não é significativo e considerando esta distribuição assimétrica (ligeiramente enviesada para a direita, existindo valores grandes como “outliers”) (cfr. Quadro 12 em anexo).

Analisando a actividade programada, a Substituição Total do Joelho (Gráfico 32) apresenta um tempo médio de acto cirúrgico de 83,3 minutos, o máximo atingido foi de 130 e o mínimo 14 minutos. O ponto médio desta amostra situa-se nos 80 minutos, indicando que estamos na presença de uma distribuição quase simétrica. Trata-se de uma distribuição ligeiramente enviesada para a direita, apresentando valores grandes como “outliers” (cfr. Quadro 12 em anexo).

2. Hospital de Santa Maria da Feira



Acto Cirúrgico: Tempo médio em minutos

Gráfico 35**Gráfico 36**

Acto Cirúrgico: Tempo médio em minutos

O histograma 33 descreve um tempo médio de 26,96 minutos dispendido no acto cirúrgico em PECLEC para a Amigdalectomia. O tempo máximo obtido em PECLEC situa-se nos 55 minutos e o mínimo nos 15 minutos (cfr. Quadro 12 em anexo). De acordo com o ponto médico o tempo do acto cirúrgico é de 25 minutos, indicando que a distribuição é quase simétrica. Existe um ligeiro enviesamento para a direita (valores grandes como “outliers”), embora com pouco impacto.

Analisando a Amigdalectomia, em actividade normal programada (Gráfico 35), conclui-se que o tempo médio é de 28,36 minutos. O tempo mínimo verificado situa-se nos 5 minutos e o máximo atingido para este acto foi de 80 (cfr. Quadro 12 em anexo), situação análoga ao Hospital de Aveiro. O ponto médio da amostra, que se situa nos 25 minutos, permite indicar que estamos também na presença de uma distribuição quase simétrica (valores grandes como “outliers”).

No que se refere à Substituição Total do Joelho, em PECLEC (Gráfico 34) o tempo médico do acto cirúrgico é de 90 minutos. O tempo máximo verificado foi de 130 minutos e o mínimo de 35 minutos. Quanto à mediana, esta situa-se nos 90 minutos, pelo estamos na presença de uma distribuição perfeitamente simétrica (cfr. Quadro 12 em anexo).

Analisando a actividade programada, a Substituição Total do Joelho (Gráfico 36) apresenta um tempo médio de acto cirúrgico de 106,62 minutos, o máximo atingido foi de 210 e o mínimo 60 minutos. O ponto médio desta amostra situa-se nos 100 minutos, indicando que estamos na presença de uma distribuição quase simétrica. Trata-se de uma

distribuição ligeiramente enviesada para a direita, apresentando valores grandes como “outliers” (cfr. Quadro 12 em anexo).

Gráfico 37

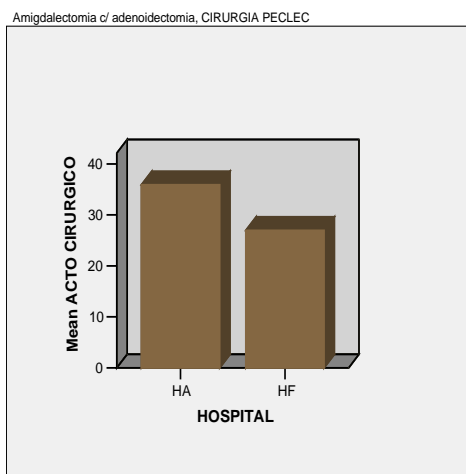


Gráfico 38

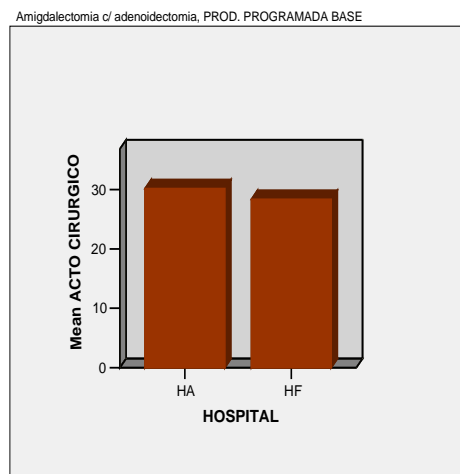


Gráfico 39

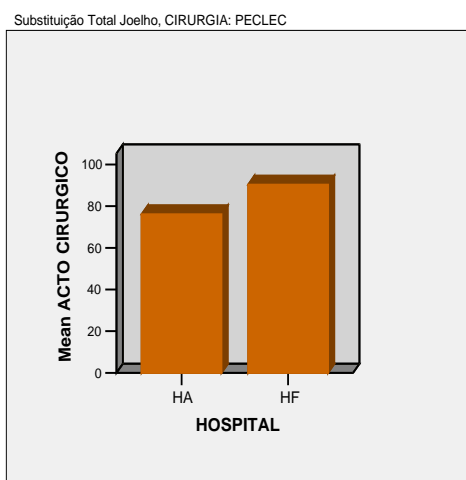
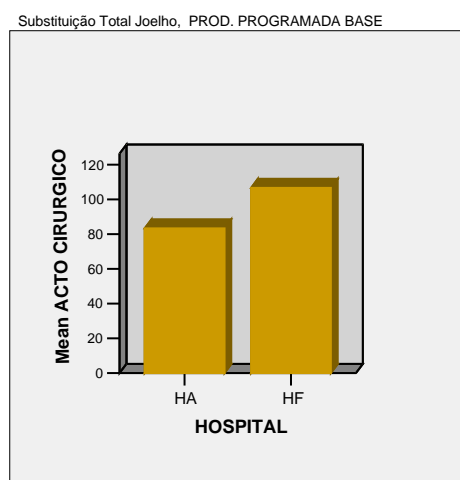


Gráfico 40



Acto Cirúrgico: Tempo médio em minutos

Os gráficos 37, 38, 39 e 40 apresentam a distribuição do tempo em acto cirúrgico dispendido por intervenção cirúrgica comparando os dois hospitais. De acordo com as ilustrações podemos partir do princípio de que para práticas iguais existem tempos médios cirúrgicos muito semelhantes entre hospitais. Pelo que, não se nos vislumbra existir aqui qualquer anormalidade na distribuição dos tempos cirúrgicos.

Com vista a testar a igualdade do tempo médio de espera entre hospitais, consideraram-se as seguintes hipóteses:

- H_0 : O tempo médio cirúrgico entre os dois hospitais é igual

$$(\mu A - \mu F) = 0$$

Onde μA corresponde ao tempo médio cirúrgico no Hospital de Aveiro e μF corresponde ao tempo médio cirúrgico no Hospital de Santa Maria da Feira.

- H_1 : Existe diferença entre os tempos médios cirúrgicos entre os dois hospitais

$$(\mu A - \mu F) \neq 0$$

Para esta análise efectuamos o Teste de Student (t-Test) (cfr. Quadro 13 em anexo).

Concluimos que não existe uma significância estatística nos tempos cirúrgicos realizados, nas patologias em causa, entre o Hospital da Feira e o Hospital de Aveiro. Se analisarmos os intervalos de confiança verificamos que não existem em qualquer dos casos, diferenças estatísticas significativas nos tempos médios cirúrgicos praticados. Além disso, o valor que estamos a ter em conta refere-se a minutos e analisando a amplitude dos intervalos inferior e superior, parece-nos aceitável que em termos reais não estaremos na presença de diferenças significativas.

Por outro lado, não dispomos de qualquer informação que nos permita analisar se existe uma prioritização por características específicas dos doentes (os mais velhos, mulheres, etc.), ou seja, não dispomos de informação para analisar se existe algum enviesamento sistemático.

Ao ter em conta a diferença das médias para um intervalo de 95% de confiança, permite-nos concluir que não existe uma diferença significativa, aproximadamente de 5%, nos tempos cirúrgicos nas patologias em causa e entre os dois Hospitais.

Concluimos assim, que entre o Hospital de Santa Maria da Feira e o Hospital de Aveiro, não se verifica uma distribuição anormal entre as patologias.

De forma a aferir se a distribuição dos dados em análise provêm de uma distribuição normal, optou-se por efectuar um teste K-S e um teste de Shapiro-Wilk, quer para os tempos cirúrgicos, quer para os tempos de espera. Este último teste é o mais apropriado que o primeiro visto que as amostras em análise apresentam uma dimensão pequena.

Assim, relativamente ao tempo de espera conclui-se (cfr. quadro 8) que:

No Hospital de Aveiro

- Para a Substituição do Joelho realizada em PECLEC o *p-value* é 0,002 < 0,05 (5%). Isto significa, que este caso não se ajusta a uma distribuição normal. A rejeição de H_0 é confirmada pelo teste K-S. Quando a mesma intervenção cirúrgica é realizada em actividade programada o *p-value* é zero < 0,05 (5%), significando que também aqui os dados não se ajustam a uma distribuição normal. Contudo, pelo teste K-S verifica-se onde o *p-value* é 0,003 < 0,05 (5%), concluímos que este caso também ele não se ajusta a uma distribuição normal.
- Para a Amigdalectomia realizada em PECLEC o *p-value* é 0,361 > 0,05 (5%). Quer isto dizer, que se ajusta a uma distribuição normal. Este caso em que não se rejeita H_0 , é confirmado pelo teste K-S onde o *p-value* é 0,200 > 0,05 (5%). No que se refere à actividade programada o *p-value* é 0,00 < 0,05 (5%) o que significa que este caso não se ajusta a uma distribuição normal.

No Hospital da Feira

- Para a Substituição do Joelho realizada em PECLEC os dois testes apresentam o *p-value* > 0,05 (5%), admitindo por isso a possibilidade de ajustar este caso a uma distribuição normal. Pelo contrário na actividade programada onde nos dois testes o *p-value* < 0,05 (5%), conclui-se que este caso não se ajusta a uma distribuição normal.
- Para a Amigdalectomia realizada em PECLEC ambos os testes apresentam o *p-value* > 0,05 (5%), admitindo por isso a possibilidade de ajustar este caso a uma distribuição normal. Quanto à cirurgia programada, como podemos verificar o *p-value* é 0,00 < 0,05 (5%) não se ajustando assim a uma distribuição normal.

Verifica-se assim, que não existe homogeneidade nas conclusões retiradas.

Quadro 8

Teste de Distribuição do Tempo de Espera

Tests of Normality: Tempo de espera									
Hospital	ESPECIALIDADE	DES_TIPO_CIRURGIA	cod_inte	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
				Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Aveiro	ORTOPEDIA	PECLEC	Tempo espera (dias)	8154	,220	,048	,784	15	,002
		PROD. PROGRAMADA BASE	Tempo espera (dias)	8154	,119	,003	,924	89	,000
	OTORRINO	PECLEC	Tempo espera (dias)	283	,080	,200 *	,968	37	,361
		PROD. PROGRAMADA BASE	Tempo espera (dias)	283	,211	,000	,901	104	,000
Feira	ORTOPEDIA	PECLEC	Tempo espera (dias)	8154	,175	,151	,940	18	,286
		PROD. PROGRAMADA BASE	Tempo espera (dias)	8154	,153	,007	,925	48	,005
	OTORRINO	PECLEC	Tempo espera (dias)	283	,182	,018	,923	28	,041
		PROD. PROGRAMADA BASE	Tempo espera (dias)	283	,098	,000	,950	281	,000

^a. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Relativamente ao tempo cirúrgico conclui-se (cfr. quadro 9) que:

No Hospital de Aveiro

- Para a Substituição do Joelho realizada em PECLEC ambos os testes apresentam o $p\text{-value} > 0,05$ (5%). Isto significa, que este caso se ajusta a uma distribuição normal. Quando a mesma intervenção cirúrgica é realizada em actividade programada o $p\text{-value}$ do teste K-S indica que a distribuição normal se poderia ajustar a este caso, contudo, o teste de Shapiro-Wilk contradiz essa hipótese.
- Para a Amigdalectomia realizada em PECLEC e em actividade programada, ambos os casos apresentam o $p\text{-value} < 0,05$ (5%), pelo que rejeitamos H_0 , isto é, os tempos diferem de uma distribuição normal.

No Hospital da Feira

- Para a Substituição do Joelho realizada em PECLEC os dois testes apresentam o $p\text{-value} > 0,05$ (5%), admitindo por isso a possibilidade de ajustar este caso a uma distribuição normal. Na actividade programada, podemos verificar que o $p\text{-value} < 0,05$ (5%), pelo que não se ajusta a uma distribuição normal.
- Para a Amigdalectomia realizada em PECLEC e em cirurgia programada ambos os casos apresentam o $p\text{-value} < 0,05$ (5%), pelo que também aqui os dados não se ajustam a uma distribuição normal.

No que se refere aos tempos cirúrgicos praticados, também aqui se verifica que não existe uma homogeneidade nas conclusões retiradas.

Quadro 11

Teste de Distribuição do Tempo de Cirúrgico

Tests of Normality									
Hospital	ESPECIALIDADE	DES_TIPO_CIRURGIA	cod_inte	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
				Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Aveiro	ORTOPEDIA	PECLEC	Tempo Cirurgia (minutos)	8154	,210	,075	,935	15	,324
		PROD. PROGRAMADA BASE	Tempo Cirurgia (minutos)	8154	,090	,075	,968	89	,027
	OTORRINO	PECLEC	Tempo Cirurgia (minutos)	283	,215	,000	,857	37	,000
		PROD. PROGRAMADA BASE	Tempo Cirurgia (minutos)	283	,159	,000	,941	104	,000
Feira	ORTOPEDIA	PECLEC	Tempo Cirurgia (minutos)	8154	,116	,200*	,973	18	,850
		PROD. PROGRAMADA BASE	Tempo Cirurgia (minutos)	8154	,188	,000	,868	48	,000
	OTORRINO	PECLEC	Tempo Cirurgia (minutos)	283	,192	,010	,891	28	,007
		PROD. PROGRAMADA BASE	Tempo Cirurgia (minutos)	283	,164	,000	,906	281	,000

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Por último, considerando que as medidas de simetria e achatamento caracterizam a forma da distribuição dos elementos da população amostrados em torno da média, optamos por realizar os referidos testes aos tempos de espera e cirúrgico.

Assim a partir dos testes de simetria (cfr. Quadro 14 em anexo) verificamos que em relação ao tempo médio de espera¹²¹:

No Hospital de Aveiro

- Na especialidade de Ortopedia (Substituição do Joelho), o tempo médio de espera não é simétrico ($1,027 / 0,261 = 3,93487$) mas é mesocúrtico ($0,917 / 0,517 = 1,77369$).
- Na especialidade de Otorrino (Amigdalectomia), o tempo médio de espera é simétrico ($0,210 / 0,206 = 1,01942$) e platicúrtico ($-1,157 / 0,410 = -2,82$).

No Hospital da Feira

- Na especialidade de Ortopedia (Substituição do Joelho), o tempo médio de espera não é simétrico ($-0,956 / 0,295 = -3,24068$) mas é mesocúrtico ($0,722 / 0,582 = 1,2405$).
- Na especialidade de Otorrino (Amigdalectomia), o tempo médio de espera não é simétrico ($0,372 / 0,139 = 2,67626$) e leptocúrtico ($0,979 / 0,276 = 3,54710$).

Quanto ao tempo médio cirúrgico os testes de simetria (cfr. Quadro 15 em anexo) demonstram que:

¹²¹ De acordo com o SPSS, para saber se uma variável é simétrica dividimos o coeficiente Skewness pelo erro padrão e se o resultado estiver entre 2 e -2 a distribuição é simétrica. Para saber se uma variável é mesocúrtica dividimos o coeficiente Kurtosis pelo erro padrão e se o resultado estiver entre 2 e -2 a distribuição é mesocúrtica.

No Hospital de Aveiro

- Na especialidade de Ortopedia (Substituição do Joelho), o tempo médio cirúrgico é simétrico ($0,130 / 0,237 = 0,54852$) e leptocúrtico ($1,237 / 0,469 = 2,6375$).
- Na especialidade de Otorrino (Amigdalectomia), o tempo médio cirúrgico não é simétrico ($1,133 / 0,204 = 5,55392$) e leptocúrtico ($2,759 / 0,406 = 6,79552$).

No Hospital da Feira

- Na especialidade de Ortopedia (Substituição do Joelho), o tempo médio cirúrgico não é simétrico ($1,182 / 0,295 = 4,00678$) e leptocúrtico ($4,041 / 0,582 = 6,94330$).
- Na especialidade de Otorrino (Amigdalectomia), o tempo médio cirúrgico não é simétrico ($1,323 / 0,139 = 9,51799$) e leptocúrtico ($3,395 / 0,276 = 12,30072$).

6.4.4. Conclusão

Ao ajustar a nossa amostra a uma distribuição normal, apuramos os tempos médios de espera e cirúrgicos.

Tanto o Hospital de Aveiro como o Hospital da Feira apresentam para a Amigdalectomia e para a Substituição do Joelho tempos Médios de espera em PECLEC superiores aos da Cirurgia Programada o que nos permite concluir que pelo PECLEC foram retirados da lista, doentes com esperas significativas.

Tanto o Hospital de Aveiro como o Hospital da Feira apresentam pouca variabilidade nos tempos cirúrgicos praticados entre o PECLEC e a Cirurgia Programada.

Quanto se procurou ajustar os referidos tempos em torno da média, constatamos que os testes efectuados, não permitiram obter uma homogeneidade nas conclusões a retirar, ou seja verificou-se que alguns dados amostrais se poderiam ajustar a uma distribuição normal porém, outros não.

Assim, do que precede e atendendo às teorias de análise do comportamento das filas de espera, direccionamos o estudo das nossas amostras ajustando-os à distribuição exponencial. Trata-se da distribuição teórica de qualquer variável que se relaciona com o tempo.

6.5. Distribuição Exponencial

6.5.1. Introdução Teórica

A distribuição exponencial ou exponencial negativa está relacionada com a distribuição de Poisson. Sendo λ o parâmetro da distribuição de Poisson que descreve o número de ocorrências por unidade de tempo, a variável X segue uma distribuição Exponencial ou Exponencial Negativa com parâmetro λ , ou $X \rightarrow \text{Exp}(\lambda)$.

Sendo X - tempo entre ocorrências sucessivas. Por definição, a variável não pode tomar valores negativos.

Para $x \leq 0$ a sua função distribuição $F(x) = 0$.

Para $x > 0$:

$F(x)$ = Probabilidade de se verificar pelo menos uma ocorrência no intervalo $[0, x]$

= 1 - Probabilidade de não se verificar nenhuma ocorrência no intervalo $[0, x]$

A partir da distribuição de Poisson, a probabilidade de não se verificar nenhuma ocorrência ($y=0$) no intervalo $[0, x]$ é dada por:

$$F(x) = 1 - \frac{e^{-\lambda \cdot x} \cdot (\lambda \cdot x)^y}{y!}, \text{ Com } y=0 \text{ (nenhuma ocorrência):}$$

$$F(x) = 1 - \frac{e^{-\lambda \cdot x} \cdot (\lambda \cdot x)^0}{0!} = 1 - e^{-\lambda \cdot x}$$

Ou seja, a função distribuição de probabilidade ou função distribuição cumulativa de probabilidade (FDC) é dada por:

$$F(x) = 1 - e^{-\lambda \cdot x}$$

Para valores de $x > 0$, a função densidade de probabilidade da variável X ($X \rightarrow \text{Exp}(\lambda)$) pode ser obtida por derivação da expressão anterior, sendo nula para $x < 0$:

$$f(x) = \begin{cases} 0, & \text{se } x < 0 \\ \lambda \cdot e^{-\lambda \cdot x}, & \text{se } x \geq 0 \end{cases}$$

O valor esperado e a variância de uma variável Exponencial Negativa $X \rightarrow \text{Exp}(\lambda)$ são:

Valor Esperado: $\mu = 1/\lambda$

Variância: $\sigma^2 = (1/\lambda)^2$

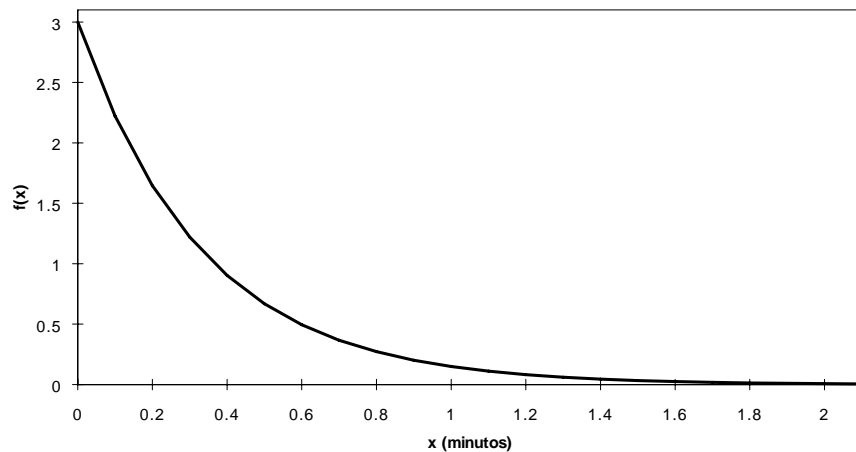
Como λ é número médio de ocorrências por unidade de tempo, $1/\lambda$ será o tempo que, em média, separa ocorrências sucessivas. **NOTA:** O valor esperado e o desvio padrão da distribuição Exponencial são iguais.

Exemplo: A variável X segue uma distribuição $X \rightarrow \text{Exp}(\lambda = 3)$

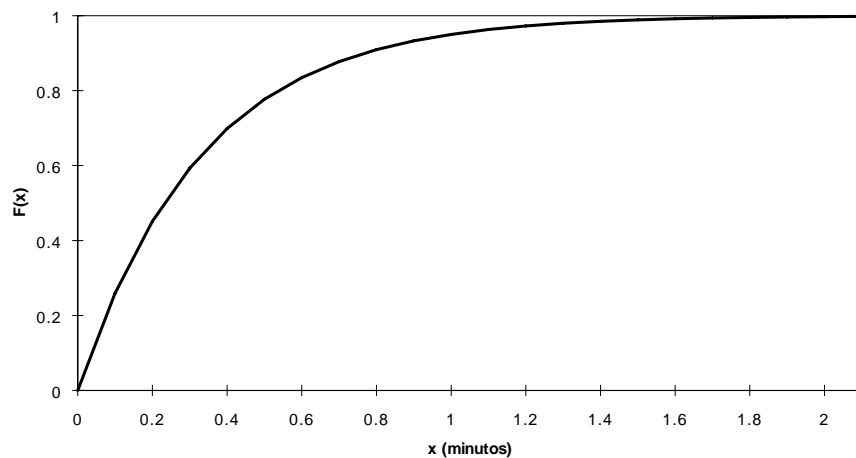
$$f(x) = \begin{cases} 0 & \text{se } x \leq 0 \\ 3 \cdot e^{-3x} & \text{se } x > 0 \end{cases}$$

As funções densidade e distribuição de probabilidade desta variável representam-se na figura.

Função densidade de probabilidade da variável $X \rightarrow \text{Exp}(3)$



Função distribuição de probabilidade ou função distribuição cumulativa de probabilidade (FDC) da variável $X \rightarrow \text{Exp}(3)$



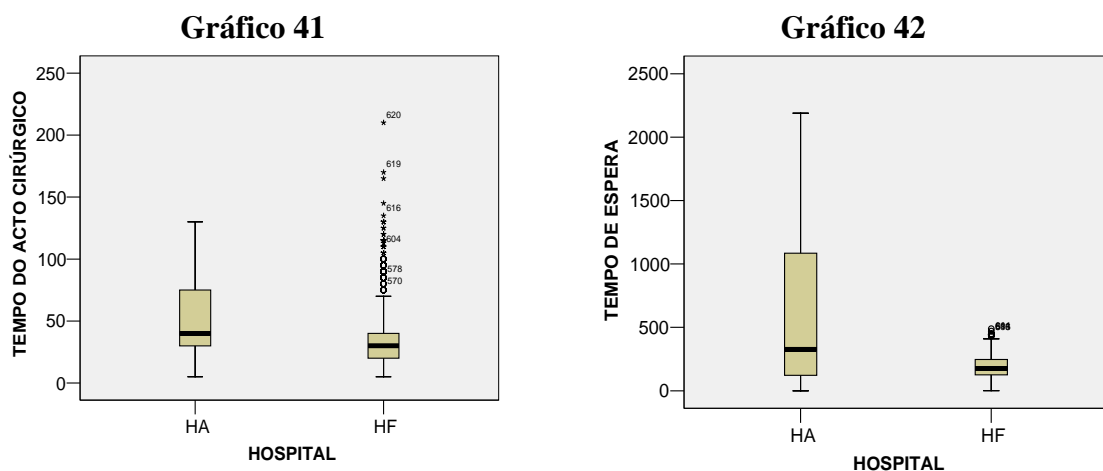
Para a variável $X \rightarrow \text{Exp}(3)$:

Valor Esperado: $\mu = 1/3 = 0.333$

Variância: $\sigma^2 = (1/3)^2 = 0.111$

6.5.2. Aderência da Distribuição Exponencial ao Tempo de Espera e Tempo Cirúrgico – Todos os Doentes

Nos gráficos 41 e 42, apresentam-se os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições dos tempos do acto cirúrgico e dos tempos de espera, para os dois Hospitais.



6.5.2.1. Hospital de Aveiro

Seleccionando apenas os casos relativos ao Hospital de Aveiro (cfr. Quadro 16 e 17 em anexo) verificamos que a distribuição tem por base os dados de uma amostra de 245 doentes do Hospital de Aveiro, dos quais foram retirados, para os cálculos relativos ao Tempo de Espera, os valores nulos.

A distribuição Exponencial é caracterizada através de apenas um parâmetro: o inverso da média. Para esta amostra, a média calculada é de 53,15 minutos para o Tempo do Acto Cirúrgico e de 618,74 dias para o Tempo de Espera.

O quadro 17 em anexo, apresenta as Maiores Diferenças Extremas: os maiores pontos (positivo e negativo) de divergência entre a Função de Distribuição Cumulativa (FDC) empírica e teórica.

O primeiro valor de diferença, Absoluto, é o valor absoluto do maior dos dois valores de diferença (positivo e negativo), necessário para calcular a estatística de teste. A

diferença Positiva é o ponto no qual a FDC empírica excede a teórica pelo maior valor, sendo a diferença Negativa o ponto no qual a FDC teórica excede a FDC empírica pelo maior valor.

A estatística de teste Z é o produto da raiz quadrada do tamanho de amostra e a maior diferença absoluta entre a FDC empírica e a teórica.

Ao contrário da maioria dos testes estatísticos, um resultado significativo aqui não é um bom resultado. A probabilidade da estatística Z está debaixo de 0,05, ou seja, significa que a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/53,15)$ não é um ajuste bom para o Tempo do Acto Cirúrgico a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/618,74)$ não é um ajuste bom para o Tempo de Espera, nesta amostra de doentes do Hospital de Aveiro.

Isto sucede porque, para ambos os Tempos, são colocadas as seguintes hipóteses:

- H_0 : O Tempo segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.
- H_1 : O Tempo não segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.

O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

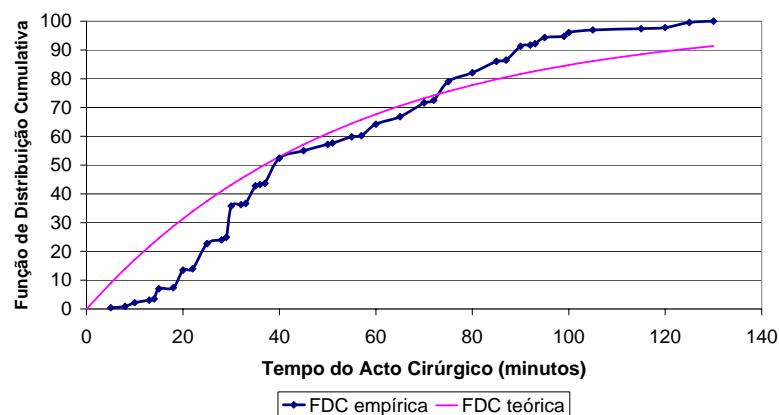
Quando o valor de prova do teste é superior a 5%, aceita-se (não se rejeita) a hipótese nula, ou seja, podemos afirmar que a distribuição exponencial adere aos dados.

Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa, considerando-se que a distribuição exponencial não adere aos dados.

Neste caso, o valor de prova do teste, tanto para o Tempo do Acto Cirúrgico, como para o Tempo de Espera é de 0,0% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 17 em anexo), pelo que rejeitamos, para ambos, a hipótese nula e concluímos que ambos os Tempos não seguem uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.

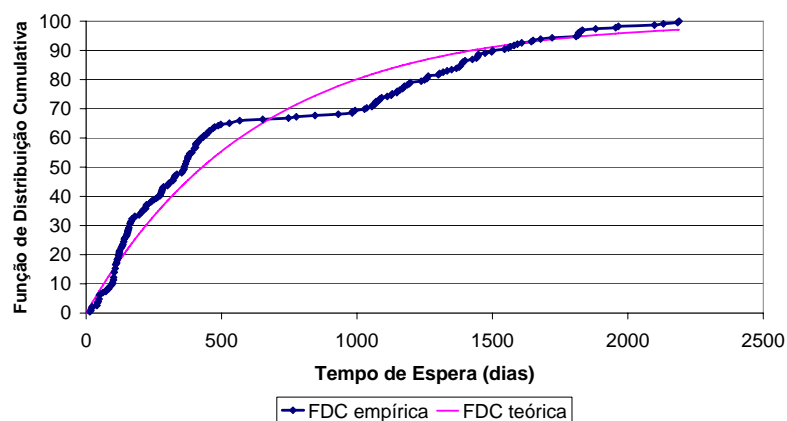
Nos gráficos 43 e 44, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados.

Gráfico 43



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores superiores aos teóricos.

Gráfico 44



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos e, finalmente, a apresentar novamente valores ligeiramente superiores aos teóricos.

6.5.2.2. Hospital de Santa Maria da Feira

Seleccionando apenas os casos relativos ao Hospital da Feira (cfr. Quadro 18 e 19 em anexo) verificamos que a distribuição tem por base os dados de uma amostra de 375 doentes do Hospital Feira.

A distribuição Exponencial é caracterizada através do parâmetro: inverso da média. Para esta amostra, a média calculada é de 41,25 minutos para o Tempo do Acto Cirúrgico e de 189,03 dias para o Tempo de Espera.

Os restantes valores são interpretados como anteriormente.

O valor de prova da estatística de teste é, para ambos os casos igual a 0,0% (0,000), inferior a 5% (0,05), ou seja, significa que a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/41,25)$ não é um ajuste bom para o Tempo do Acto Cirúrgico a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/189,03)$ não é um ajuste bom para o Tempo de Espera, nesta amostra de doentes do Hospital da Feira.

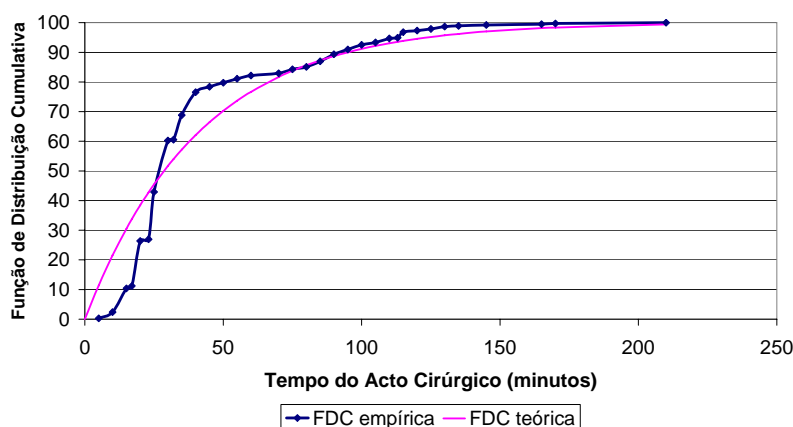
São colocadas as hipóteses:

- H_0 : O Tempo segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.
- H_1 : O Tempo não segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.

Neste caso, o valor de prova do teste, tanto para o Tempo do Acto Cirúrgico, como para o Tempo de Espera é de 0,0% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 19 em anexo), pelo que rejeitamos, para ambos, a hipótese nula e concluímos que ambos os Tempos não seguem uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.

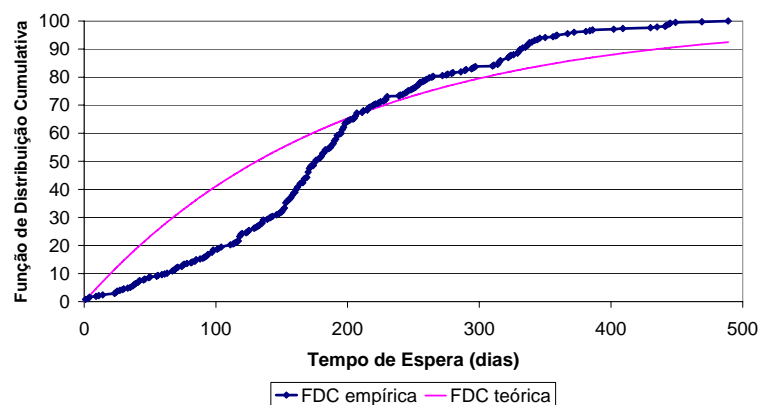
Nos gráficos 45 e 46, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados.

Gráfico 45



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores superiores aos teóricos, aderindo aos valores teóricos para tempos superiores a 70 minutos.

Gráfico 46



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, bastante abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores muito superiores aos teóricos.

6.5.3. Aderência da Distribuição Exponencial ao Tempo de Espera e Tempo Cirúrgico – Todos os Doentes do Hospital de Aveiro

6.5.3.1. Por Especialidade¹²²

Apresentam-se os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições dos tempos do acto cirúrgico e dos tempos de espera, para o Hospital de Aveiro, por especialidade (cfr. Quadro 20, 21 e 22 em anexo).

Gráfico 47

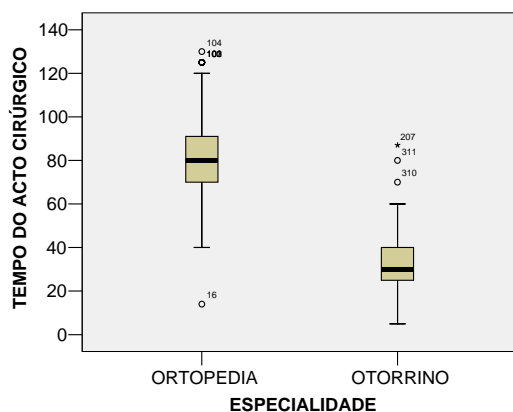
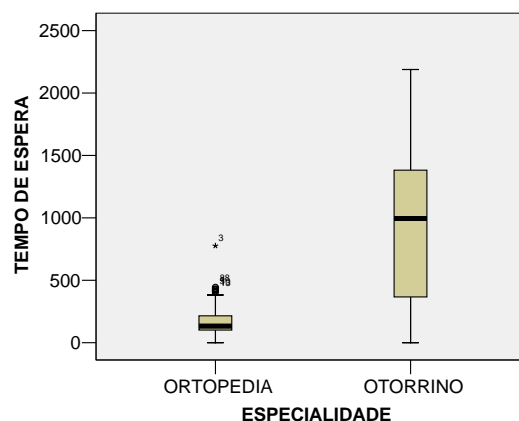


Gráfico 48



¹²² Quando nos referimos à especialidade de Ortopedia estamos a analisar a Substituição do Joelho. Quando nos referimos à especialidade de Otorrino estamos a analisar a Amigdalectomia.

A distribuição Exponencial é caracterizada através do parâmetro: inverso da média. Para esta amostra:

- Na especialidade de ORTOPEDIA, a média calculada é de 82,28 minutos para o Tempo do Acto Cirúrgico e de 181,73 dias para o Tempo de Espera.
- Na especialidade de OTORRINO, a média calculada é de 31,67 minutos para o Tempo do Acto Cirúrgico e de 906,91 dias para o Tempo de Espera.

Os restantes valores são interpretados como anteriormente.

O valor de prova da estatística de teste é igual a 0,0% (0,000) ou 0,1% (0,001), inferior a 5% (0,05), ou seja, significa que:

- Para a especialidade de ORTOPEDIA, a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/82,28)$ não é um ajuste bom para o Tempo do Acto Cirúrgico a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/181,73)$ não é um ajuste bom para o Tempo de Espera.
- Para a especialidade de OTORRINO, a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/31,67)$ não é um ajuste bom para o Tempo do Acto Cirúrgico a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/906,91)$ não é um ajuste bom para o Tempo de Espera.

São colocadas as hipóteses:

- H_0 : O Tempo segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.
- H_1 : O Tempo não segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.

Neste caso, o valor de prova do teste, para ambas as especialidades, tanto para o Tempo do Acto Cirúrgico, como para o Tempo de Espera é de 0,0% ou 0,1% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 22 em anexo), pelo que rejeitamos, em todas as análises, a hipótese nula e concluímos que ambos os Tempos não seguem uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$, para ambas as especialidades.

Nos gráficos 49, 50, 51 e 52, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados.

Gráfico 49

Especialidade ORTOPEDIA

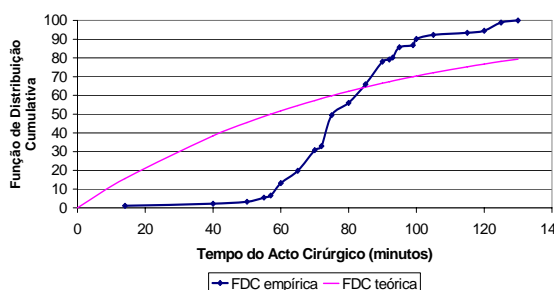
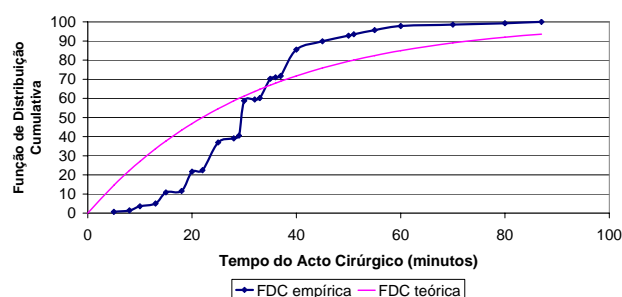


Gráfico 50

Especialidade OTORRINO



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, bastante abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores muito superiores aos teóricos.

Gráfico 51

Especialidade ORTOPEDIA

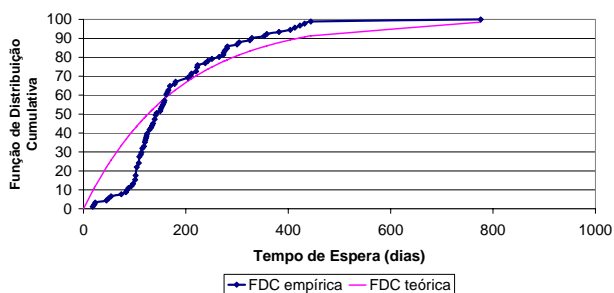
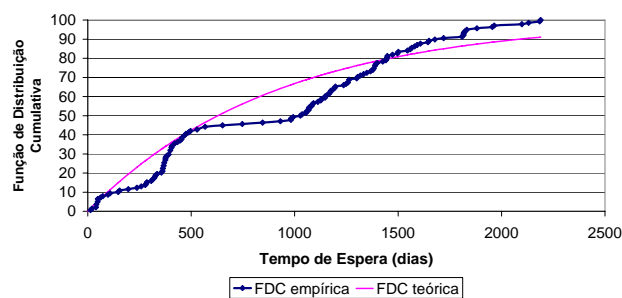


Gráfico 52

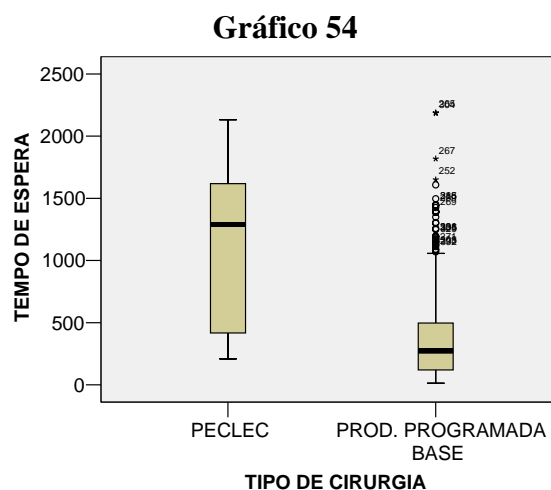
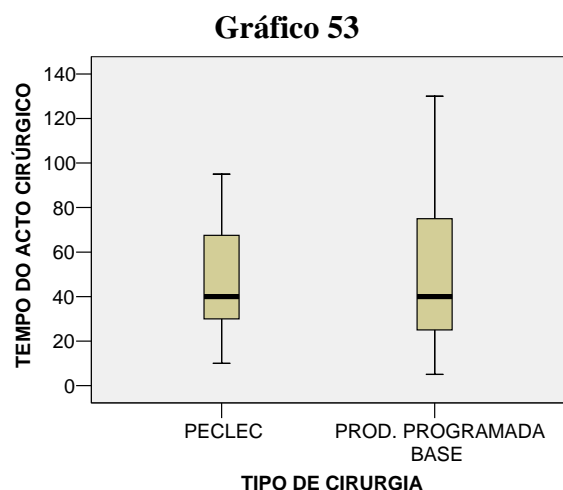
Especialidade OTORRINO



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores superiores aos teóricos.

6.5.3.2. Por tipo de Cirurgia

Apresentam-se os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições dos tempos do acto cirúrgico e dos tempos de espera, para o Hospital de Aveiro, por tipo de cirurgia (cfr. Quadro 23, 24 e 25 em anexo)



O valor de prova da estatística de teste é igual a 0,0% (0,000) ou 0,2% (0,002), inferior a 5% (0,05), ou seja, significa que:

- Para o PECLEC, a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/47,50)$ não é um ajuste bom para o Tempo do Acto Cirúrgico a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/1149,23)$ não é um ajuste bom para o Tempo de Espera.
- Para a especialidade de OTORRINO, a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/54,67)$ não é um ajuste bom para o Tempo do Acto Cirúrgico a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/462,89)$ não é um ajuste bom para o Tempo de Espera.

São colocadas as hipóteses:

- H_0 : O Tempo segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.
- H_1 : O Tempo não segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.

Neste caso, o valor de prova do teste, para ambos os tipos de cirurgia, tanto para o Tempo do Acto Cirúrgico, como para o Tempo de Espera é de 0,0% ou 0,2% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 5 em anexo), pelo que rejeitamos, em todas as análises, a hipótese nula e concluímos que ambos os Tempos não seguem uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.

Nos gráficos 55, 56, 57 e 58, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados.

Gráfico 55

Tipo de Cirurgia PECLEC

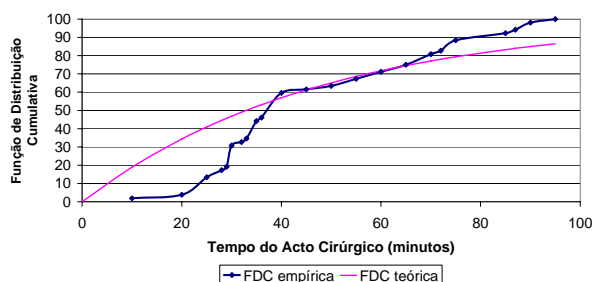
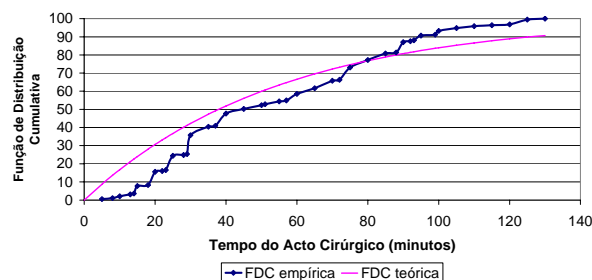


Gráfico 56

Tipo de Cirurgia PROD. PROGRAMADA BASE



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, bastante abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores muito superiores aos teóricos.

Gráfico 57

Tipo de Cirurgia PECLEC

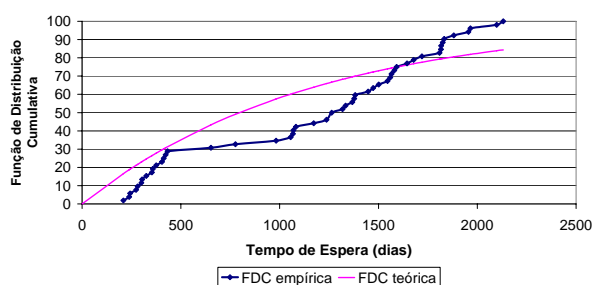
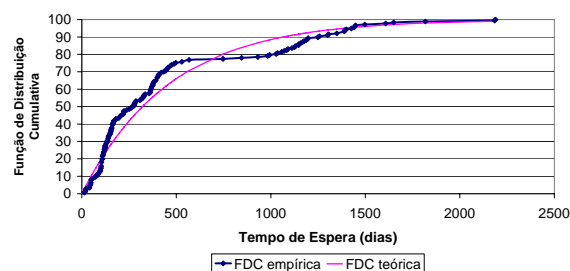


Gráfico 58

Tipo de Cirurgia PROD. PROGRAMADA BASE



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores superiores aos teóricos, excepto para o tempo de espera na cirurgia PROGRAMADA BASE, em que os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

6.5.4. Aderência da Distribuição Exponencial ao Tempo de Espera e Tempo Cirúrgico – Todos os Doentes do Hospital de Santa Maria da Feira

6.5.4.1. Por Especialidade¹²³

Apresentam-se os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições dos tempos do acto cirúrgico e dos tempos de espera, para o Hospital da Feira, por especialidade (cfr. Quadro 26, 27 e 28 em anexo).

¹²³ Quando nos referimos à especialidade de Ortopedia estamos a analisar a Substituição do Joelho. Quando nos referimos à especialidade de Otorrino estamos a analisar a Amigdalectomia.

Gráfico 59

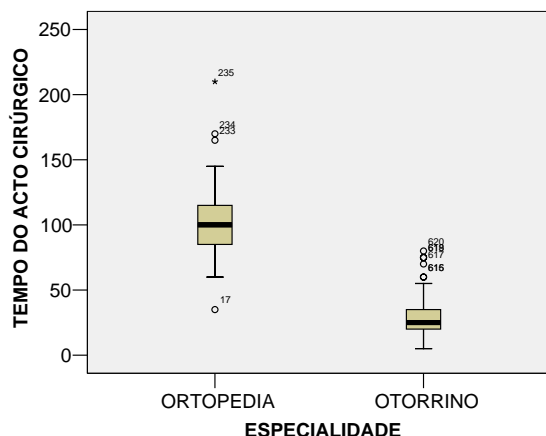
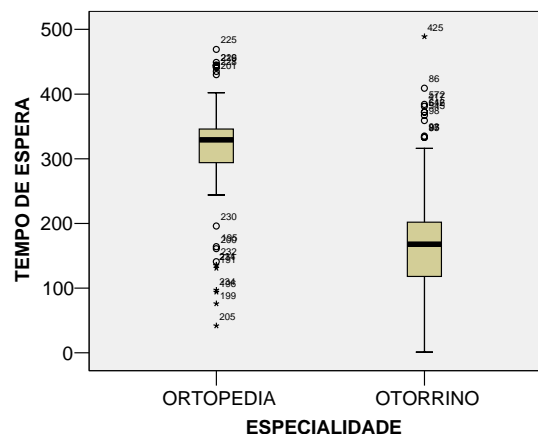


Gráfico 60



A distribuição Exponencial é caracterizada através do parâmetro: inverso da média.

Para esta amostra:

- Na ORTOPEDIA, a média calculada é de 102,17 minutos para o Tempo do Acto Cirúrgico e de 308,67 dias para o Tempo de Espera.
- Na especialidade de OTORRINO, a média calculada é de 28,23 minutos para o Tempo do Acto Cirúrgico e de 163,48 dias para o Tempo de Espera.

Os restantes valores são interpretados como anteriormente.

O valor de prova da estatística de teste é sempre igual a 0,0% (0,000), inferior a 5% (0,05), ou seja, significa que:

- Para a ORTOPEDIA, a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/102,17)$ não é um ajuste bom para o Tempo do Acto Cirúrgico a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/308,67)$ não é um ajuste bom para o Tempo de Espera.
- Para OTORRINO, a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/28,23)$ não é um ajuste bom para o Tempo do Acto Cirúrgico a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/163,48)$ não é um ajuste bom para o Tempo de Espera.

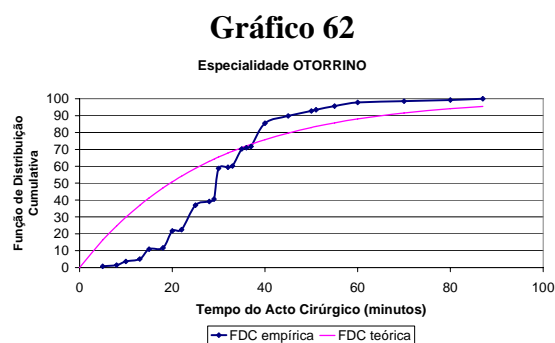
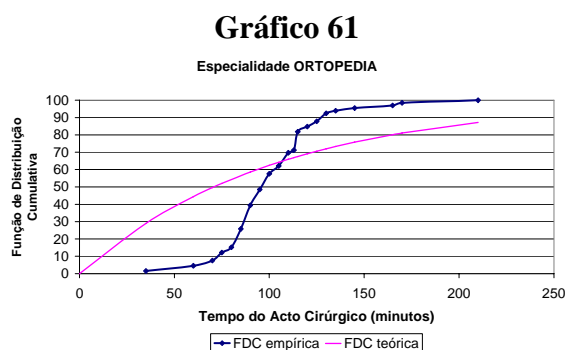
São colocadas as hipóteses:

- H_0 : O Tempo segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.
- H_1 : O Tempo não segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.

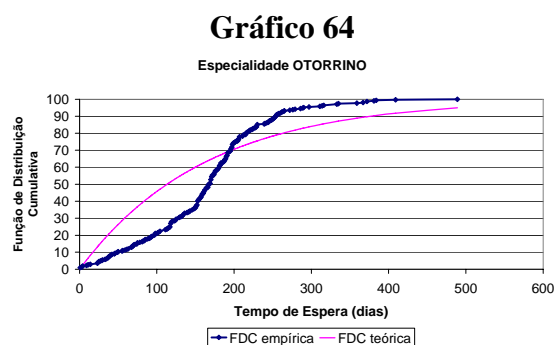
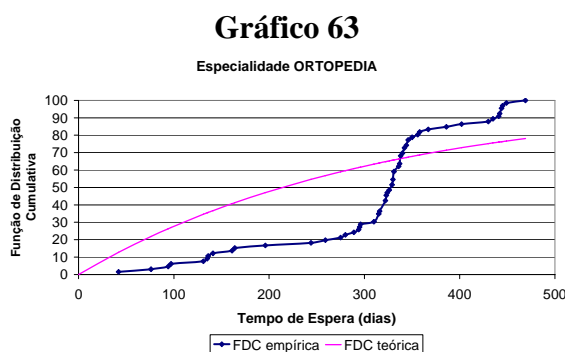
Neste caso, o valor de prova do teste, para ambas as especialidades, tanto para o Tempo do Acto Cirúrgico, como para o Tempo de Espera é de 0,0% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 28 em anexo), pelo que rejeitamos, em todas as análises, a hipótese

nula e concluímos que ambos os Tempos não seguem uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$, para ambas as especialidades.

Nos gráficos 61, 62, 63 e 64, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados.



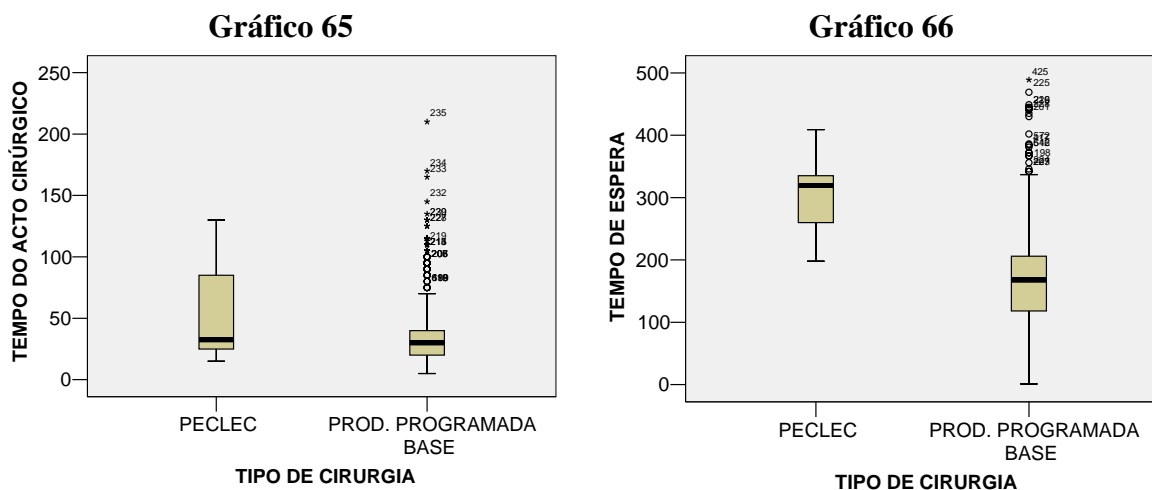
Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, bastante abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores muito superiores aos teóricos.



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores superiores aos teóricos.

6.5.4.2. Por tipo de Cirurgia

Apresentam-se os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições dos tempos do acto cirúrgico e dos tempos de espera, para o Hospital da Feira, por tipo de cirurgia (cfr. Quadro 29, 30 e 31 em anexo).



A distribuição Exponencial é caracterizada através do parâmetro: inverso da média.
Para esta amostra:

- Em cirurgia PECLEC, a média calculada é de 51,74 minutos para o Tempo do Acto Cirúrgico e de 302,67 dias para o Tempo de Espera.
- Em cirurgia PROGRAMADA BASE, a média calculada é de 39,78 minutos para o Tempo do Acto Cirúrgico e de 173,14 dias para o Tempo de Espera.

Os restantes valores são interpretados como anteriormente.

O valor de prova da estatística de teste é igual a 0,0% (0,000) ou 0,6% (0,006), inferior a 5% (0,05), ou seja, significa que:

- Em PECLEC, a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/51,74)$ não é um ajuste bom para o Tempo do Acto Cirúrgico a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/302,67)$ não é um ajuste bom para o Tempo de Espera.
- Para a cirurgia PROGRAMADA BASE, a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/39,78)$ não é um ajuste bom para o Tempo do Acto Cirúrgico a distribuição Exponencial com parâmetro $\lambda = (1/173,14)$ não é um ajuste bom para o Tempo de Espera.

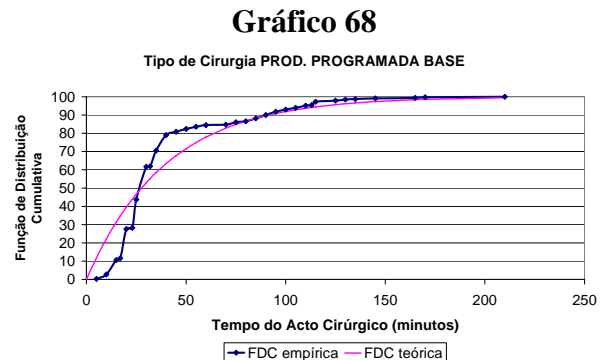
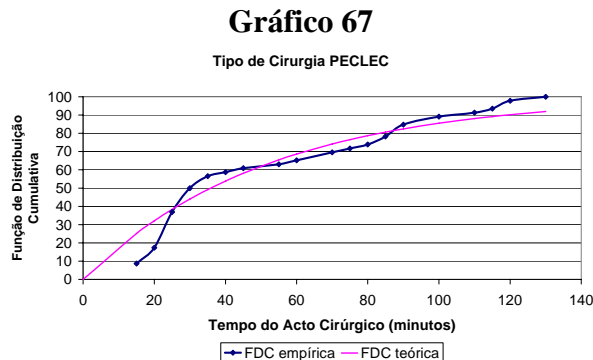
São colocadas as hipóteses:

- H_0 : O Tempo segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.
- H_1 : O Tempo não segue uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.

Neste caso, o valor de prova do teste, para ambos os tipos de cirurgia, tanto para o Tempo do Acto Cirúrgico, como para o Tempo de Espera é de 0,0% ou 0,6% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 31 em anexo), pelo que rejeitamos, em todas as análises, a

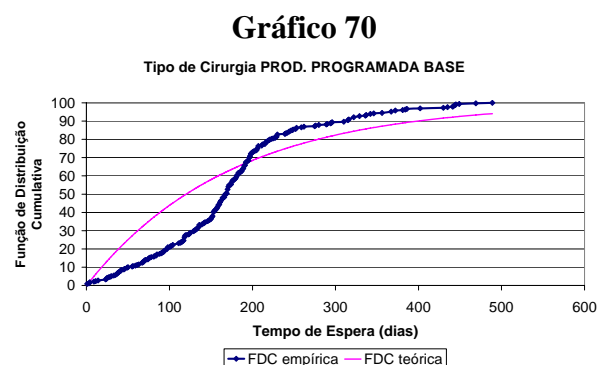
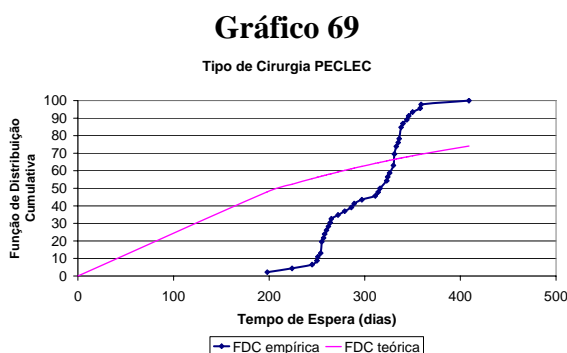
hipótese nula e concluímos que ambos os Tempos não seguem uma distribuição exponencial com parâmetro $\lambda = (1/\text{média})$.

Nos gráficos 67, 68, 69 e 70, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados.



Para a cirurgia PECLEC, Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores superiores, abaixo e novamente superiores aos teóricos.

Para a cirurgia PROGRAMADA BASE, os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores superiores aos teóricos, aderindo a partir dos 80 minutos.



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, abaixo dos teóricos, passando depois a apresentar valores superiores aos teóricos.

6.5.5. Conclusão

O ajustamento da distribuição exponencial ao tempo de espera e ao tempo cirúrgico, foi estatisticamente rejeitado em todos os casos, tendo em conta que esta rejeição ocorreu nas hipóteses que foram testadas por hospital, por especialidade e mesmo por tipo de cirurgia.

A reforçar essa constatação, podemos observar as tabelas de comparação entre a função de distribuição cumulativa empírica e teórica, onde se verifica existir, na maior parte, um grande afastamento nas duas funções, o que nos leva a concluir que não existe uma boa aderência da distribuição exponencial aos nossos dados.

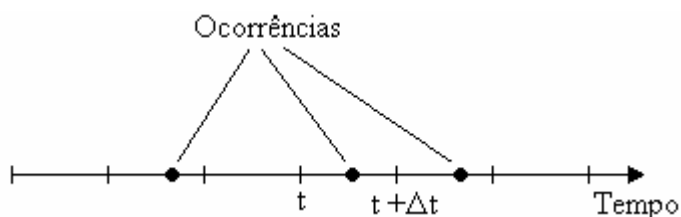
6.6. Distribuição das chegadas à Lista de espera - Doentes operados em 2003 - Todas as duas especialidades

6.6.1. Introdução Teórica

A distribuição de Poisson (matemático francês Simon Poisson, 1781-1840) permite descrever um conjunto de fenómenos aleatórios em que os acontecimentos se repetem no tempo (neste caso, o ritmo de chegada de doentes à lista de espera) ou no espaço.

Definir-se-á a distribuição de Poisson apenas para o caso em que as ocorrências do fenómeno aleatório se repetem ao longo do tempo.

Na Figura mostra-se o tempo dividido em intervalos de pequena dimensão, Δt .
Partição do tempo em intervalos de dimensão Δt .



A variável discreta *número de ocorrências por unidade de tempo* segue uma distribuição de Poisson quando se verificam as quatro condições seguintes:

- (i) os números de ocorrências registadas nos intervalos da partição são independentes entre si;
- (ii) a distribuição do nº de ocorrências em cada intervalo é a mesma para todos os intervalos;

(iii) ΔP_1 - probabilidade de se registrar uma ocorrência num intervalo qualquer Δt , é praticamente proporcional à dimensão do intervalo:

$$\Delta P_1 \approx \lambda \cdot \Delta t$$

λ - constante positiva. Quando a dimensão do intervalo tende para zero:

$$\lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{\Delta P_1}{\Delta t} = \frac{dP_1}{dt} = \lambda$$

(iv) ΔP_n ($n \geq 2$) - probabilidade de se registarem duas, três ou mais ocorrências num intervalo qualquer de dimensão Δt , é desprezível quando comparada com a probabilidade ΔP_1 . Quando a dimensão do intervalo tende para zero:

$$\lim_{\Delta t \rightarrow 0} \frac{\Delta P_n}{\Delta t} = \frac{dP_n}{dt} = 0 \quad (n \geq 2)$$

(as ocorrências de fenómenos descritos pela distribuição de Poisson se verificam uma a uma e nunca aos grupos).

Pode então estabelecer-se a forma funcional da distribuição de Poisson: a probabilidade de se registarem y ocorrências no intervalo $[0, t]$ é:

$$p_y(t) = e^{-\lambda t} \cdot \frac{(\lambda \cdot t)^y}{y!}$$

Esta expressão define a função de probabilidade de uma variável aleatória Y ($Y=0,1,2,\dots$) seguindo uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda \cdot t$.

$\lambda \cdot t$ - Valor esperado $\mu_Y(t)$ do número de ocorrências num intervalo qualquer de dimensão t .

$\lambda = \mu_Y(t)/t$ - Número médio de ocorrências por unidade de tempo, ou seja, taxa média de ocorrências.

Pode reescrever-se a função de probabilidade de Y para um intervalo de tempo de dimensão unitária ($t = 1$):

$$p_y(y) = e^{-\lambda} \cdot \frac{\lambda^y}{y!}$$

Que segue uma distribuição $Y \rightarrow \text{Poisson}(\lambda)$

Valor Esperado: $\mu = \lambda$ **Variância:** $\sigma^2 = \lambda$

NOTA: O valor esperado e variância são iguais.

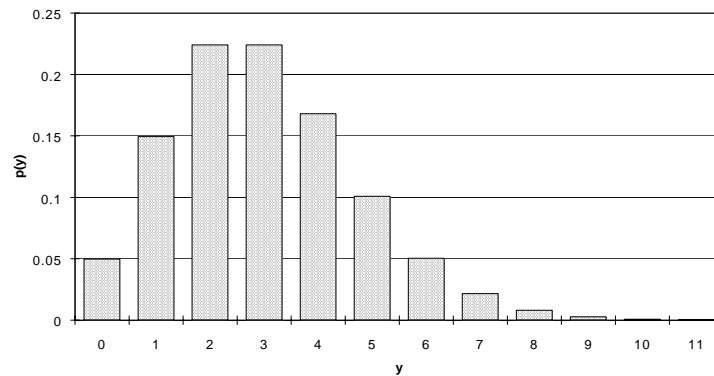
Função distribuição de probabilidade ou função distribuição cumulativa de probabilidade (FDC):

$$F(y) = \sum_{u=0}^y e^{-\lambda} \cdot \frac{\lambda^u}{u!}$$

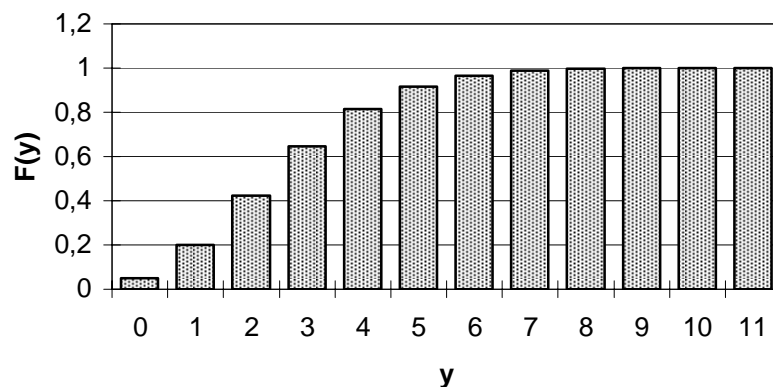
Exemplo - O número médio de doentes que chegam à lista de espera por dia é de 3 doentes /dia. Qual será a probabilidade de, num dia, chegarem $y = 0, 1, 2, \dots$ doentes?

A taxa média de chegadas (por dia) é $\lambda = 3$ doentes/dia

Admitindo que se verificam as condições para o número de chegadas de doentes por dia ser uma variável ($\lambda = 3$) $Y \rightarrow Poisson(3)$, os valores de $p(y)$ podem ser calculados . Função de probabilidade e função distribuição de probabilidade da variável $Y \rightarrow Poisson(3)$



Função distribuição de probabilidade ou função distribuição cumulativa de probabilidade (FDC) da variável $Y \rightarrow Poisson(3)$



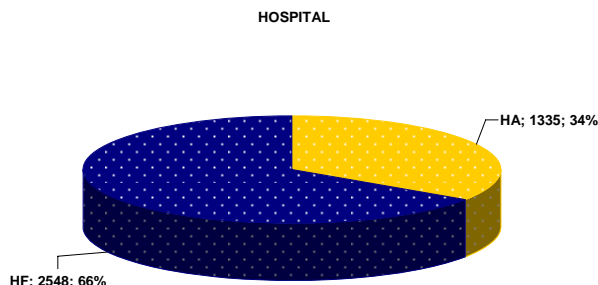
O valor esperado e a variância da variável $Y \rightarrow Poisson(3)$ são:

$$\mu = 3 \qquad \sigma^2 = 3$$

6.6.2. Estatística Descritiva

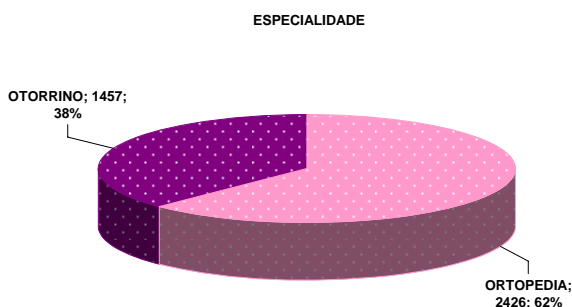
No total dos doentes intervencionados em 2003 em Ortopedia e Otorrino constata-se que (Gráfico 71):

Gráfico 71



Dois terços dos doentes estão reportados ao Hospital da Feira (cfr. Quadro 32 em anexo), o que significa que foram intervencionados mais doentes no Hospital da Feira do que no Hospital de Aveiro.

Gráfico 72



Perto de dois terços (Gráfico 72) dos doentes são da especialidade de Ortopedia (cfr. Quadro 33 em anexo).

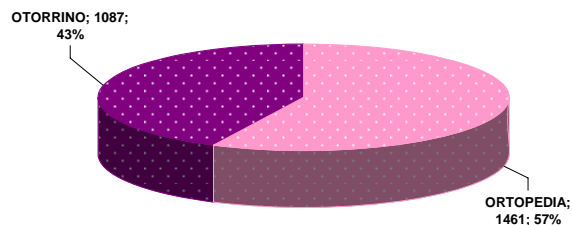
Gráfico 73

Hospital Aveiro



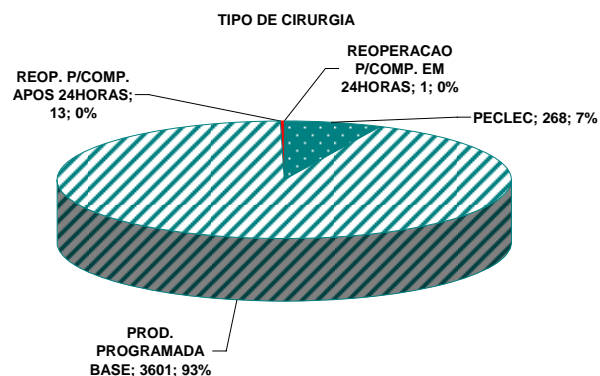
Gráfico 74

Hospital Feira



Pelos gráficos 73 e 74 verifica-se que no Hospital da Feira, a percentagem de doentes intervencionados em Otorrino é bastante superior (Quadro 34 em anexo) ao Hospital de Aveiro.

Gráfico 75



Mais de 90% dos doentes (Gráfico 75) foram intervencionados em cirurgia programada, existindo outros dois tipos de cirurgia com valores residuais (cfr. Quadro 35 em anexo).

Gráfico 76

Hospital Aveiro

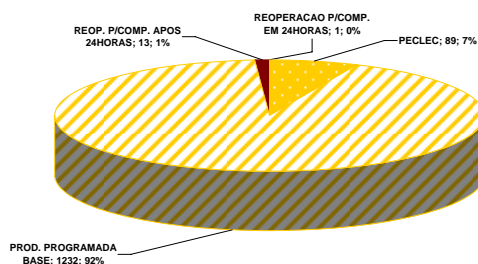
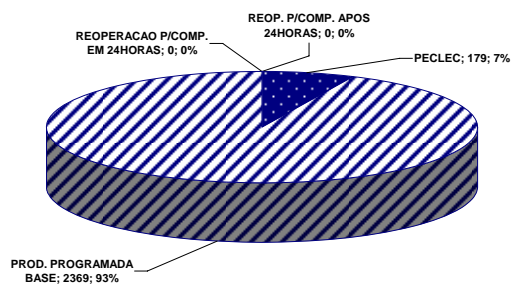


Gráfico 77

Hospital Feira



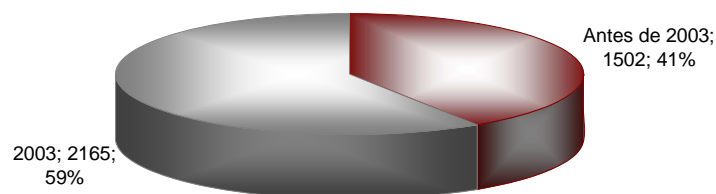
Nos dois Hospitais, as especialidades em estudo apresentam percentagens em PECLEC e em Cirurgia Programada, muito idênticas quando comparadas com a restante actividade (cfr. Quadro 36 em anexo)

Gráfico 78



Gráfico 79

ANO DE ENTRADA NA LISTA DE ESPERA



Os gráficos 78 e 79 representam as entradas na lista de espera e verifica-se que as entradas em 2003 correspondem a cerca de três quintos do total (cfr. Quadro 37 e 38 em anexo).

Esta variável quantitativa é analisada através de alguns dados significantes, já apresentados anteriormente.

Assim, de seguida apresentam-se também os gráficos ilustrativos (gráficos 80 e 81) das distribuições dos tempos de espera (cfr. Quadro 39 em anexo)

Gráfico 80

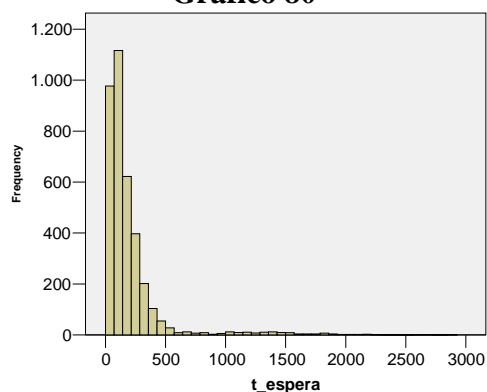
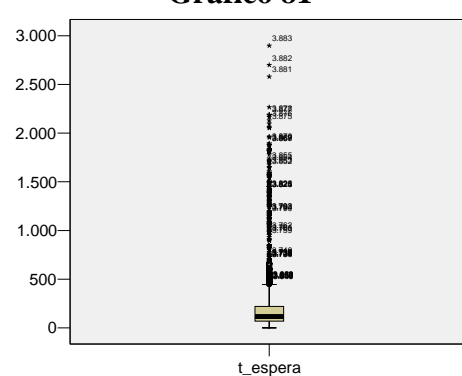


Gráfico 81

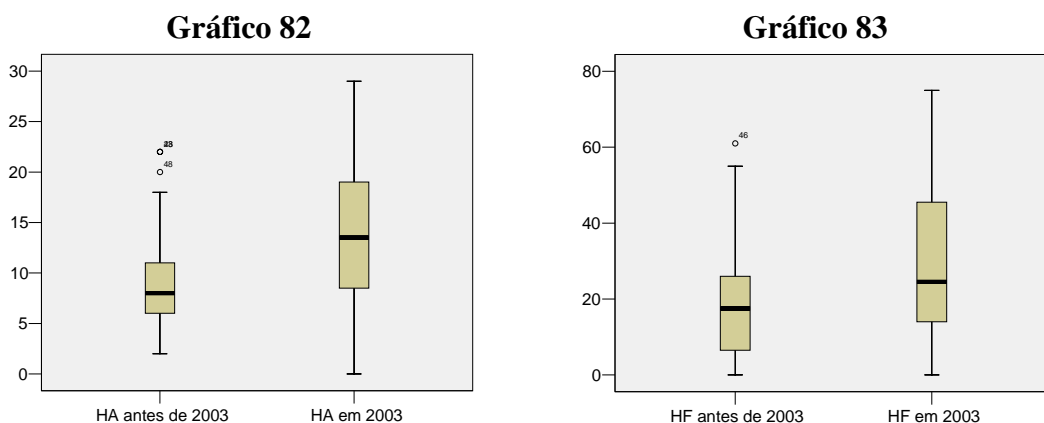


Esta base de dados é transformada para determinar o número de entradas por semana na Lista de Espera, antes de 2003 e em 2003, da qual se apresenta uma tabela para os dos dois Hospitais (cfr. Quadro 42 em anexo).

6.6.3. Aderência da Distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana nos dois Hospitais

No quadro 41 em anexo apresentamos o número de entradas na lista de espera por semana nos dois Hospitais.

Nos gráficos 82 e 83 apresentam-se os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições do número de entradas na lista de espera por semana, para os dois Hospitais, antes de 2003 e em 2003.



De acordo com os quadros 42 e 45 em anexo, a distribuição tem por base os dados de uma amostra de 52 semanas, para as quais foram determinados o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, antes de 2003 e em 2003.

A distribuição de Poisson é caracterizada através de apenas um parâmetro: a média. Para esta amostra, a média calculada é:

- Para o Hospital de Aveiro: 9,06 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 13,02 entradas de doentes por semana em 2003.
- Para o Hospital da Feira: 19,83 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 28,62 entradas de doentes por semana em 2003.

O quadro 43 em anexo apresenta as Maiores Diferenças Extremas: os maiores pontos (positivo e negativo) de divergência entre a Função de Distribuição Cumulativa (FDC) empírica e teórica.

O primeiro valor de diferença, Absoluto, é o valor absoluto do maior dos dois valores de diferença (positivo e negativo), necessário para calcular a estatística de teste. A diferença Positiva é o ponto no qual a FDC empírica excede a teórica pelo maior valor, sendo a diferença Negativa o ponto no qual a FDC teórica excede a FDC empírica pelo maior valor.

A estatística de teste Z é o produto da raiz quadrada do tamanho de amostra e a maior diferença absoluta entre a FDC empírica e a teórica.

Tal como anteriormente, um resultado significativo aqui não é um bom resultado. Quando a probabilidade da estatística Z está abaixo de 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro λ = média não é um ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

Isto sucede porque, para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, são colocadas as seguintes hipóteses:

- H_0 : O número de doentes segue uma distribuição de Poisson com parâmetro λ = média.
- H_1 : O número de doentes não segue uma distribuição de Poisson com parâmetro λ = média.

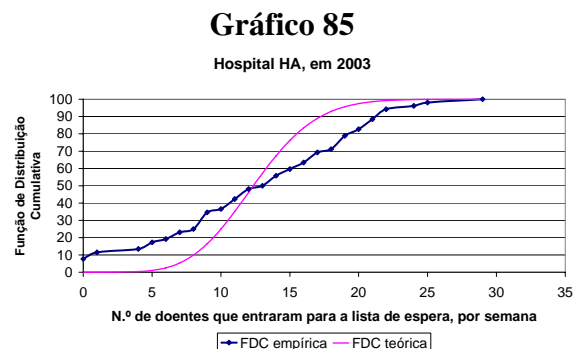
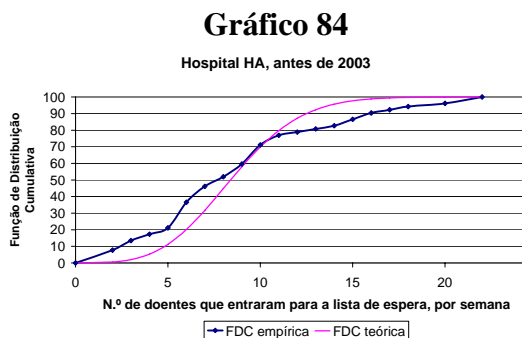
O valor de 5% é um valor de referência utilizado nas Ciências para testar hipóteses, significa que estabelecemos a inferência com uma probabilidade de erro inferior a 5%.

Quando o valor de prova do teste é superior a 5%, aceita-se (não se rejeita) a hipótese nula, ou seja, podemos afirmar que a distribuição de Poisson adere aos dados. Quando o valor de prova é inferior a 5%, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese alternativa, considerando-se que a distribuição de Poisson não adere aos dados.

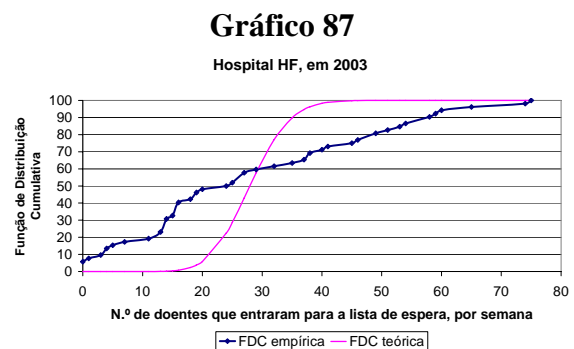
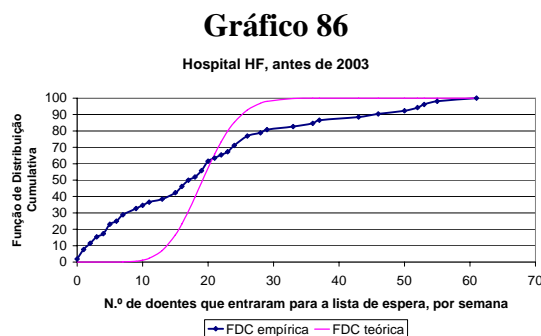
Neste caso, o valor de prova do teste, para o Hospital de Aveiro em 2003 e para o Hospital da Feira, antes de 2003 e em 2003 é inferior a 5% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 43 em anexo), pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, não seguem uma distribuição de Poisson com parâmetro λ = média.

Neste caso, o valor de prova do teste, para o Hospital de Aveiro antes de 2003 é de 12,3% (assinalado a Negrito no quadro 43 em anexo), pelo que não rejeitamos (aceitamos) a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, não seguem uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ ($\lambda = 9,06$).

Nos gráficos 84, 85, 86 e 87, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados ou adere aos dados, no caso de HA antes de 2003.



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos. Para o Hospital de Aveiro, antes de 2003, não se pode rejeitar a hipótese da distribuição aderir aos dados.



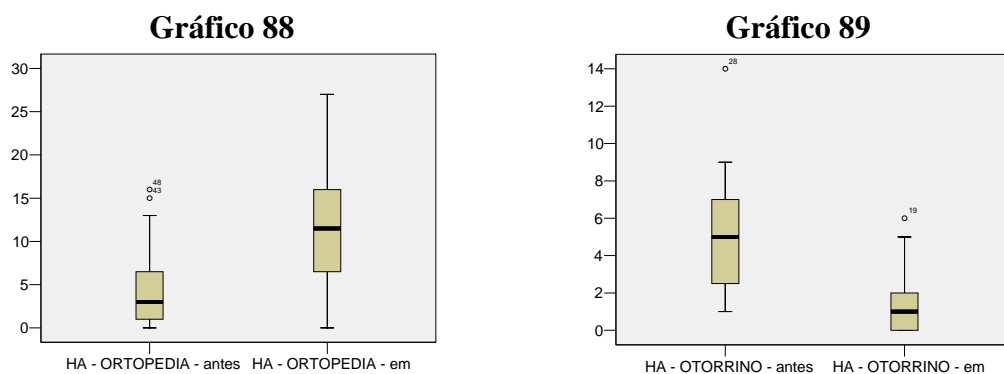
Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

6.6.4. Aderência da Distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana para Doentes do Hospital de Aveiro

6.6.4.1. Por Especialidade¹²⁴

O quadro 44 em anexo, apresenta o número de entradas na lista de espera por semana no Hospital Aveiro, por especialidade.

Os gráficos 88 e 89 apresentam os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições do número de entradas na lista de espera por semana, por especialidade, para o Hospital de Aveiro, antes de 2003 e em 2003.



De acordo com os quadros 45 e 46 em anexo, a distribuição tem por base os dados de uma amostra de 52 semanas, para as quais foram determinados o número de doentes que entraram para a lista de espera em cada especialidade, por semana, antes de 2003 e em 2003.

A distribuição de Poisson é caracterizada através de apenas um parâmetro: a média. Para esta amostra, a média calculada é:

- Para a especialidade de ORTOPEDIA: 4,04 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 11,52 entradas de doentes por semana em 2003.
- Para a especialidade de OTORRINO: 5,02 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 1,50 entradas de doentes por semana em 2003.

Os restantes valores são interpretados como anteriormente.

¹²⁴ Quando nos referimos à especialidade de Ortopedia estamos a analisar a Substituição do Joelho. Quando nos referimos à especialidade de Otorrino estamos a analisar a Amigdalectomia.

Quando a probabilidade da estatística Z está abaixo de 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ não é um ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

Quando a probabilidade da estatística Z é superior a 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ é um bom ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

Para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, são colocadas as seguintes hipóteses:

- H_0 : O número de doentes segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$.
- H_1 : O número de doentes não segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$.

O valor de prova do teste, para a especialidade ORTOPEDIA, antes de 2003 e em 2003, é inferior a 5% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 46 em anexo), pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluimos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, não seguem uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$, para esta especialidade.

O valor de prova do teste, para a especialidade OTORRINO, antes de 2003 e em 2003, é superior a 5% (assinalado a Negrito no quadro 46 em anexo), pelo que não rejeitamos (aceitamos) a hipótese nula e concluimos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, seguem uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ ($\lambda = 5,02$ antes de 2003 e $\lambda = 1,50$ em 2003), para esta especialidade.

Nos gráficos 90 e 91, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados, na especialidade de ORTOPEDIA.

Gráfico 90

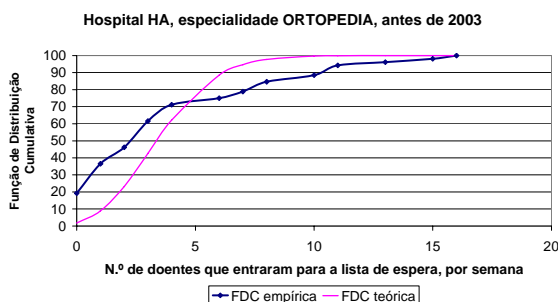
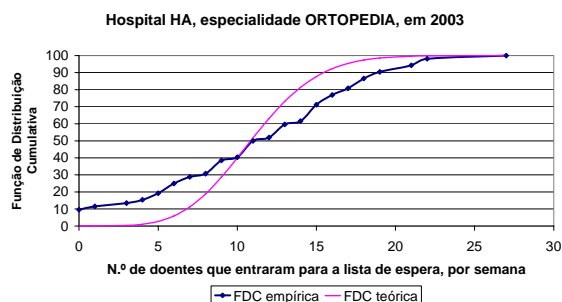
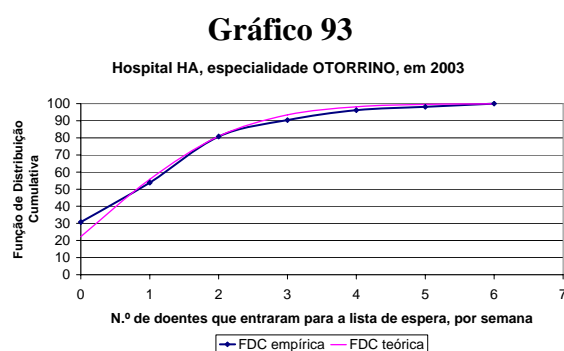
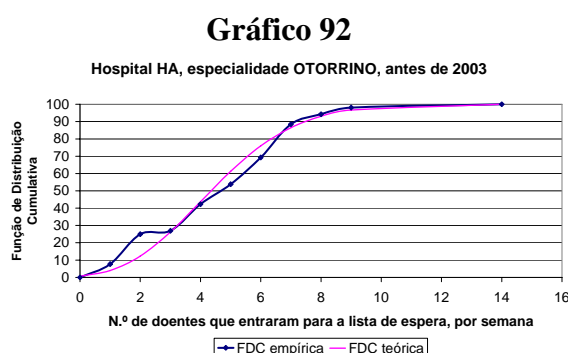


Gráfico 91



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

Nos gráficos 92 e 93, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições aderem bem aos dados, para a especialidade de OTORRINO.

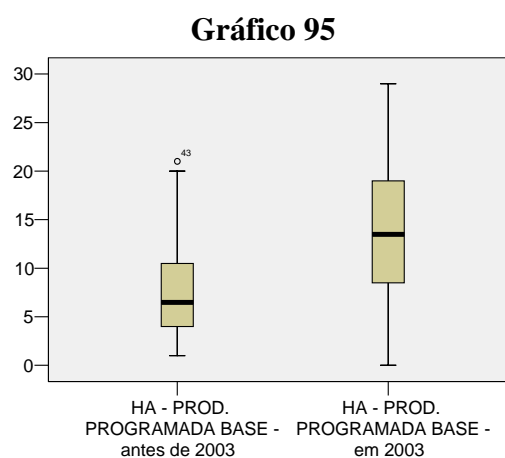
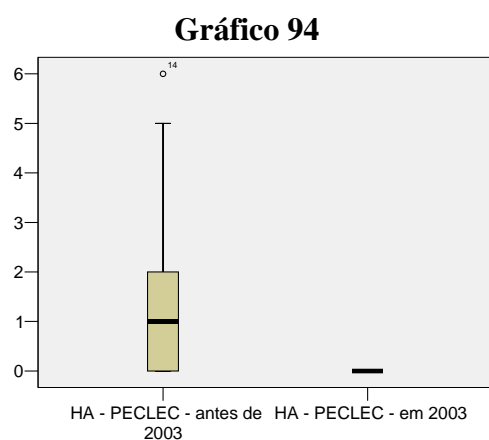


Os valores empíricos da FDC apresentam pequenas variações relativamente aos valores teóricos.

6.6.4.2. Por tipo de Cirurgia

O quadro 47 em anexo apresenta o número de entradas na lista de espera por semana no Hospital de Aveiro, por tipo de cirurgia.

Os gráficos 94 e 95 apresentam os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições do número de entradas na lista de espera por semana, por tipo de cirurgia, para o Hospital de Aveiro, antes de 2003 e em 2003.



De acordo com os quadros 48 e 49 em anexo, a distribuição tem por base os dados de uma amostra de 52 semanas, para as quais foram determinados o número de doentes que entraram para a lista de espera em cada tipo de cirurgia, por semana, antes de 2003 e em 2003.

A distribuição de Poisson é caracterizada através de apenas um parâmetro: a média. Para esta amostra, a média calculada é:

- Para o PECLEC: 1,54 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 0,0 entradas de doentes por semana em 2003.
- Para a cirurgia PROGRAMADA BASE: 7,52 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 13,02 entradas de doentes por semana em 2003.

Os restantes valores são interpretados como anteriormente.

Quando a probabilidade da estatística Z está abaixo de 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média não é um ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

Quando a probabilidade da estatística Z é superior a 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média é um bom ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

Para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, são colocadas as seguintes hipóteses:

- H_0 : O número de doentes segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média.
- H_1 : O número de doentes não segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média.

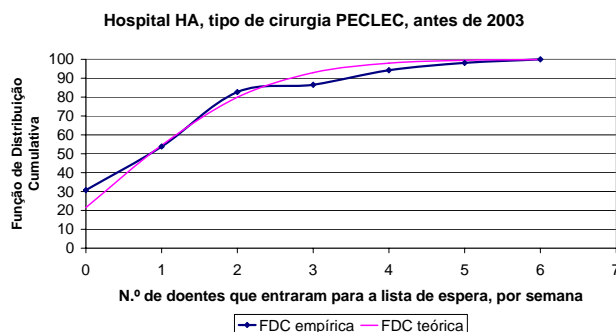
O valor de prova do teste, para a cirurgia PROGRAMADA BASE, antes de 2003 e em 2003, é inferior a 5% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 49 em anexo), pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, não seguem uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média, para este tipo de cirurgia.

O valor de prova do teste, para o tipo de cirurgia PECLEC, antes de 2003, é superior a 5% (assinalado a Negrito no quadro 49 em anexo), pelo que não rejeitamos (aceitamos) a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a

lista de espera, por semana, seguem uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ ($\lambda = 1,54$ antes de 2003), para este tipo de cirurgia.

Nos gráficos 96, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições aderem bem aos dados, no PECLEC.

Gráfico 96



Os valores empíricos da FDC apresentam pequenas variações relativamente aos valores teóricos.

Nos gráficos 97 e 98, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados, para a cirurgia PROGRAMADA BASE.

Gráfico 97

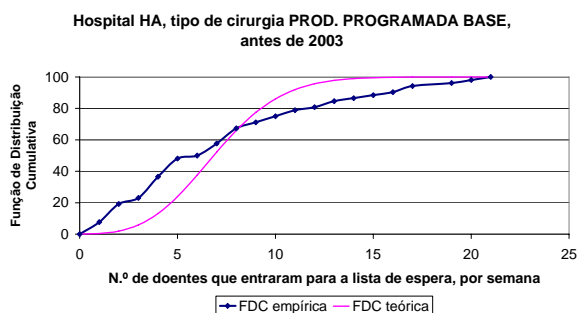
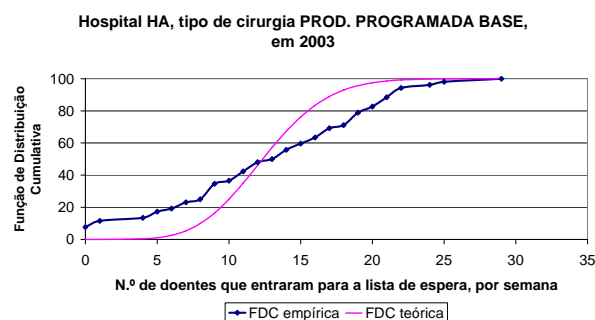


Gráfico 98



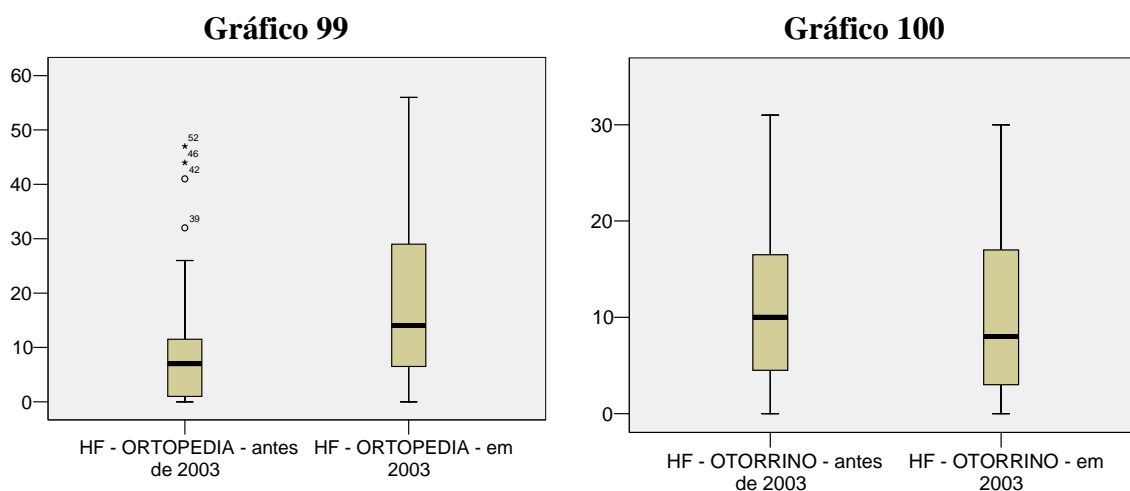
Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

6.6.5. Aderência da Distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana para Doentes do Hospital de Santa Maria da Feira

6.6.5.1. Por Especialidade¹²⁵

O quadro 50 em anexo apresenta o número de entradas na lista de espera por semana no Hospital da Feira, por especialidade.

Os gráficos 99 e 100, apresentam os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições do número de entradas na lista de espera por semana, por especialidade, para o Hospital da Feira, antes de 2003 e em 2003.



De acordo com os quadros 51 e 52 em anexo, a distribuição tem por base os dados de uma amostra de 52 semanas, para as quais foram determinados o número de doentes que entraram para a lista de espera em cada especialidade, por semana, antes de 2003 e em 2003.

A distribuição de Poisson é caracterizada através de apenas um parâmetro: a média. Para esta amostra, a média calculada é:

- Para a especialidade de ORTOPEDIA: 9,02 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 18,56 entradas de doentes por semana em 2003.
- Para a especialidade de OTORRINO: 10,81 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 10,06 entradas de doentes por semana em 2003.

Os restantes valores são interpretados como anteriormente.

¹²⁵ Quando nos referimos à especialidade de Ortopedia estamos a analisar a Substituição do Joelho. Quando nos referimos à especialidade de Otorrino estamos a analisar a Amigdalectomia.

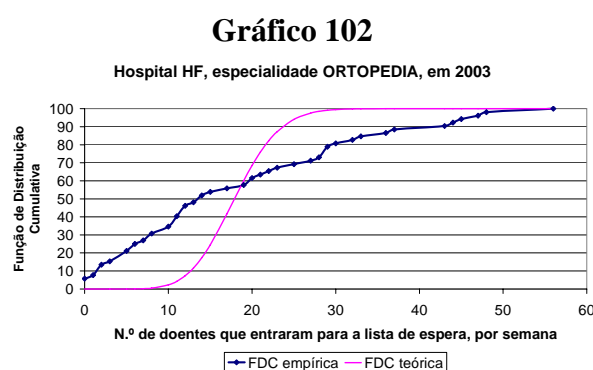
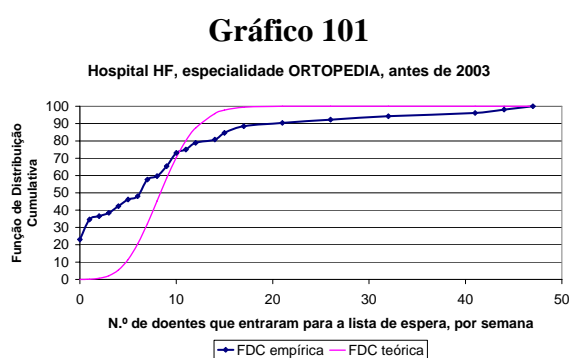
Quando a probabilidade da estatística Z é inferior a 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ não é um ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

Para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, são colocadas as seguintes hipóteses:

- H_0 : O número de doentes segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$.
- H_1 : O número de doentes não segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$.

O valor de prova do teste, para ambas as especialidades, antes de 2003 e em 2003, é inferior a 5% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 52 em anexo), pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, não seguem uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$.

Nos gráficos 101, 102, 103 e 104, apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados.



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

Gráfico 103

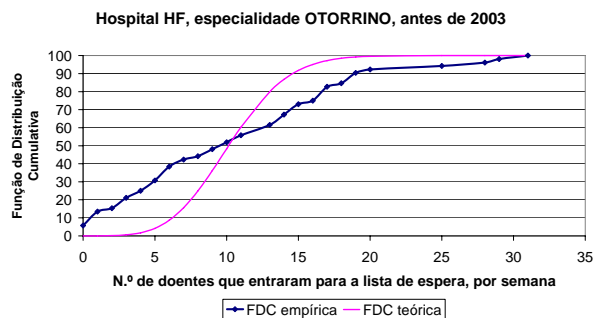
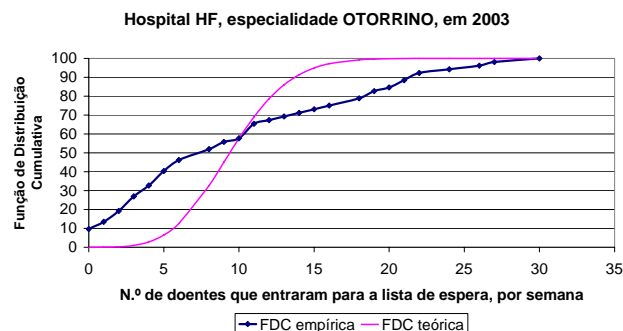


Gráfico 104



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

6.6.5.2. Por tipo de Cirurgia

O quadro 53 em anexo, apresenta o número de entradas na lista de espera por semana no Hospital da Feira, por tipo de cirurgia.

Os gráficos 105 e 106 apresentam os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições do número de entradas na lista de espera por semana, por tipo de cirurgia, para o Hospital da Feira, antes de 2003 e em 2003.

Gráfico 105

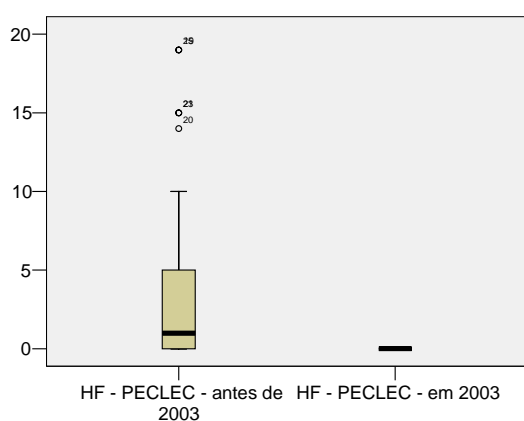
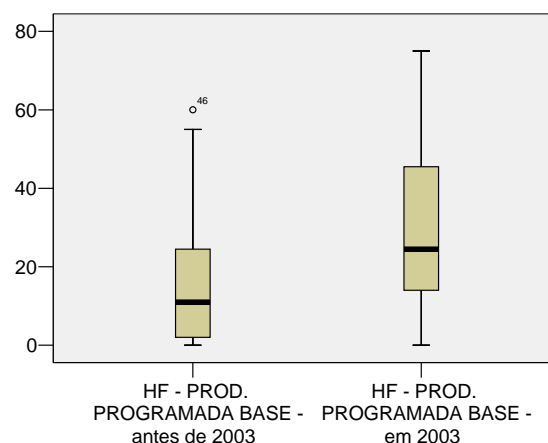


Gráfico 106



De acordo com os quadros 54 e 55 em anexo, a distribuição tem por base os dados de uma amostra de 52 semanas, para as quais foram determinados o número de doentes que

entraram para a lista de espera em cada tipo de cirurgia, por semana, antes de 2003 e em 2003.

A distribuição de Poisson é caracterizada através de apenas um parâmetro: a média. Para esta amostra, a média calculada é:

- Para o PECLEC: 3,42 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 0,0 entradas de doentes por semana em 2003.
- Para a cirurgia PROGRAMADA BASE: 16,40 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 28,62 entradas de doentes por semana em 2003.

Os restantes valores são interpretados como anteriormente.

A probabilidade da estatística Z é sempre inferior a 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro λ = média não é um ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

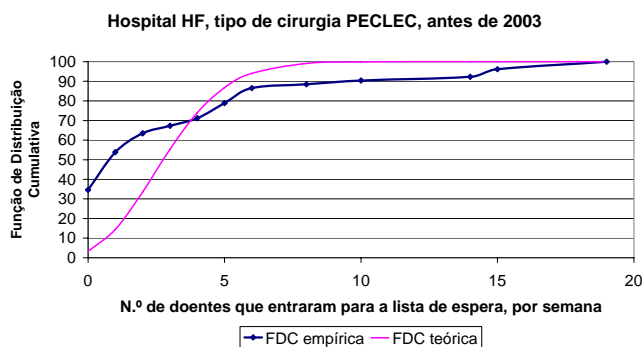
Para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, são colocadas as seguintes hipóteses:

- H_0 : O número de doentes segue uma distribuição de Poisson com parâmetro λ = média.
- H_1 : O número de doentes não segue uma distribuição de Poisson com parâmetro λ = média.

O valor de prova do teste, para os dois tipos de cirurgia, antes de 2003 e em 2003, é sempre inferior a 5% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 55 em anexo), pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, não seguem uma distribuição de Poisson com parâmetro λ = média.

No gráfico 107, 108 e 109 apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados.

Gráfico 107



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

Gráfico 108

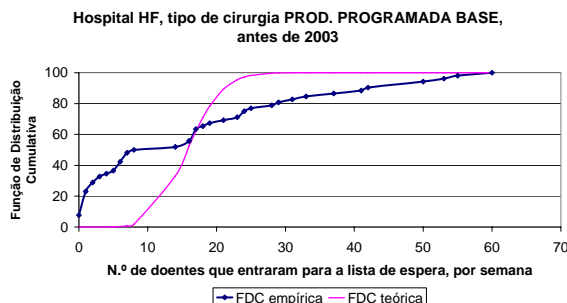
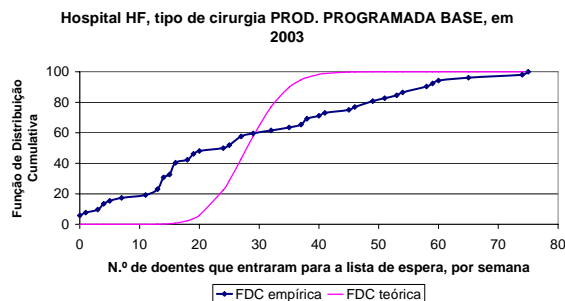


Gráfico 109



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

6.6.6. Conclusão

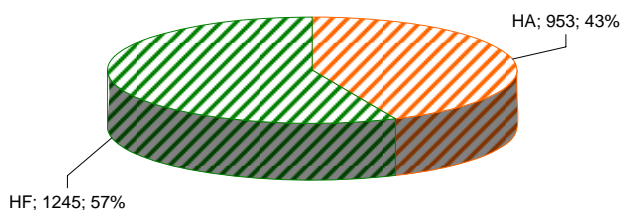
Analisando o ritmo de chegada dos doentes à lista de espera, dos doentes intervencionados em 2003, para a Substituição do Joelho e Amigdalectomia, verificamos que apenas no Hospital de Aveiro e em concreto para a Amigdalectomia realizada em PECLEC se ajusta a uma distribuição de Poisson. Pelo que, se verifica existir uma padronização do ritmo das chegadas dos doentes à lista de espera. Contudo, a nossa amostra não nos permite aferir qualitativamente a origem desta padronização.

6.7. Ritmo de Chegada de Doentes à Lista de Espera por semana – Doentes em Lista de Espera em 31 de Dezembro de 2003 em Ortopedia e Otorrino¹²⁶

6.7.1. Estatística Descritiva

Gráfico 110

HOSPITAL

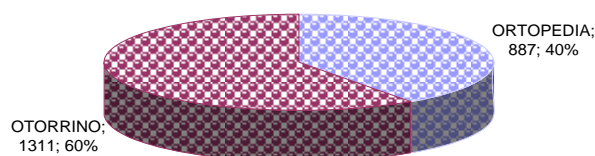


¹²⁶ De referir que estamos a analisar a especialidades de Ortopedia e ORL no global das patologias em lista de espera.

De acordo com o gráfico 110, mais de metade dos doentes estão reportados ao Hospital da Feira (cfr. Quadro 56 em anexo). Isto significa, que em 31 de Dezembro de 2003 e para todas as patologias de Ortopedia e ORL, existiam maior número de doentes em lista de espera no Hospital da Feira do que no Hospital de Aveiro.

Gráfico 111

ESPECIALIDADE



Pelo gráfico 111 constata-se que cerca de três quintos dos doentes são da especialidade de Otorrinologia (cfr. Quadro 57 em anexo).

Gráfico 112

Hospital Aveiro

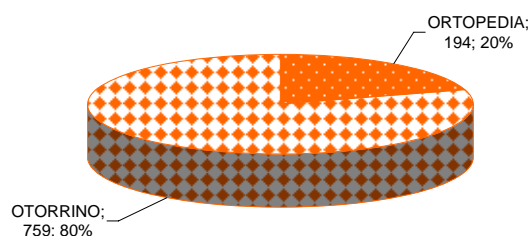
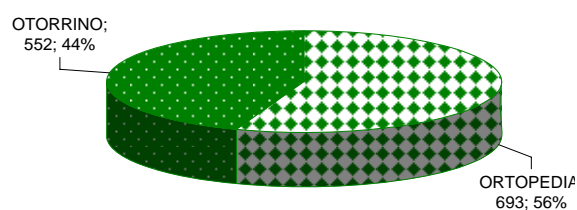


Gráfico 113

Hospital Feira



Os gráficos 112 e 113, demonstram que no Hospital da Feira a percentagem de doentes em espera para uma intervenção cirúrgica do foro Ortopédico é bastante superior ao Hospital de Aveiro, sendo o inverso para a especialidade de Otorrinologia (cfr. Quadro 58 em anexo).

Gráfico 114

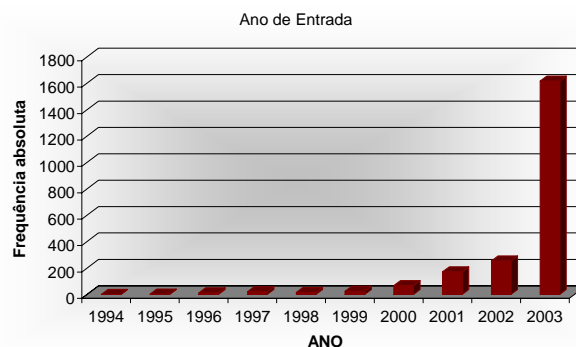
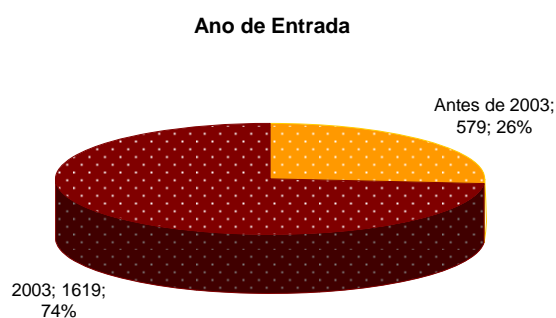


Gráfico 115



Os quadros 59 e 60 em anexo, apresentam que as entradas na lista de espera em 2003 correspondem a cerca de três quartos do total dos dois Hospitais (Gráfico 114 e 115).

Esta base de dados é transformada para determinar o número de entradas por semana na Lista de Espera, antes de 2003 e em 2003, da qual no quadro 61 em anexo se apresenta uma tabela para os dois Hospitais.

6.7.2. Aderência da distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana nos dois Hospitais

O quadro 62 em anexo, apresenta o número de entradas na lista de espera por semana nos dois Hospitais.

Apresentam-se os diagramas (Gráfico 116 e 117) tipo caixa ilustrativos das distribuições do número de entradas na lista de espera por semana, para os dois Hospitais, antes de 2003 e em 2003.

Gráfico 116

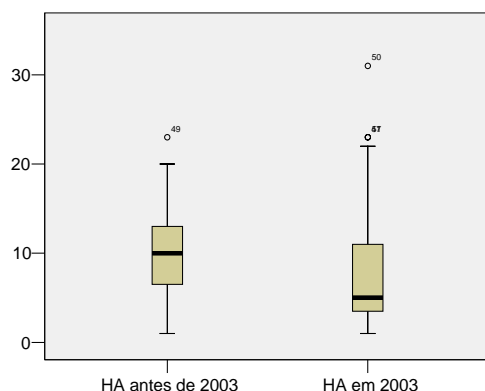
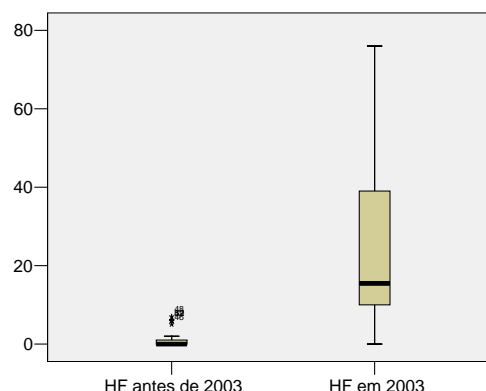


Gráfico 117



De acordo com os quadros 63 e 64 em anexo, a distribuição tem por base os dados de uma amostra de 52 semanas, para as quais foram determinados o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, antes de 2003 e em 2003.

A distribuição de Poisson é caracterizada através de apenas um parâmetro: a média. Para esta amostra, a média calculada é:

- Para o Hospital de Aveiro: 10,12 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 8,21 entradas de doentes por semana em 2003.
- Para o Hospital da Feira: 1,02 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 22,92 entradas de doentes por semana em 2003.

Quando a probabilidade da estatística Z é inferior a 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ não é um ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

Quando a probabilidade da estatística Z é superior a 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ é um bom ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

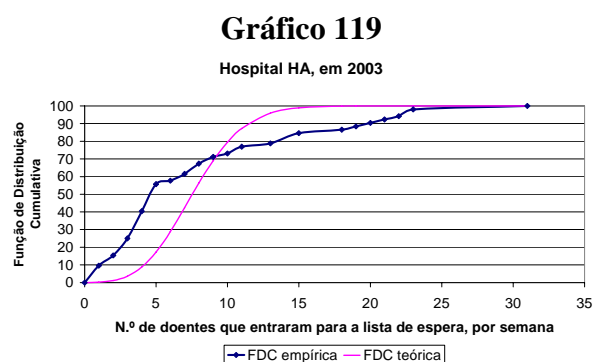
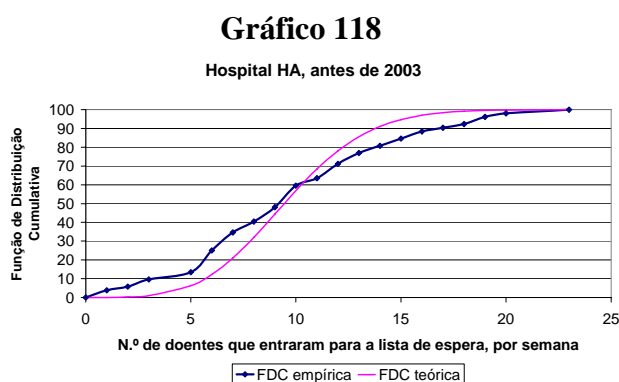
Para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, são colocadas as seguintes hipóteses:

- H_0 : O número de doentes segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$.
- H_1 : O número de doentes não segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$.

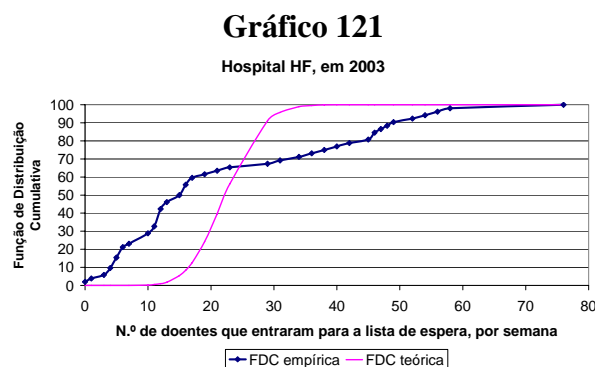
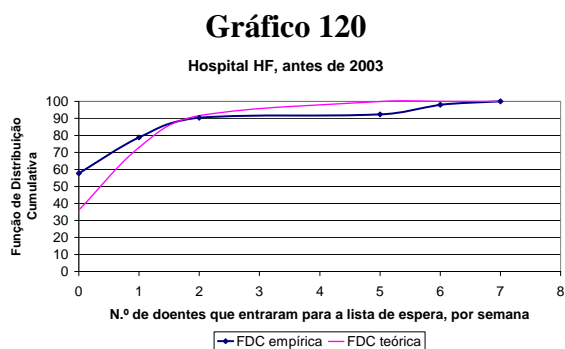
O valor de prova do teste, para o Hospital de Aveiro em 2003 e para o Hospital da Feira, antes de 2003 e em 2003 é inferior a 5% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 64 em anexo), pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, não seguem uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média.

O valor de prova do teste, para o Hospital HA antes de 2003 é de 29,0% (assinalado a Negrito no quadro 64 em anexo), pelo que não rejeitamos (aceitamos) a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média ($\lambda = 10,12$).

Nos gráficos 118, 119, 120 e 121 apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados ou adere aos dados, no caso de HA antes de 2003.



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos. Para o Hospital de Aveiro, antes de 2003, não se pode rejeitar a hipótese da distribuição aderir aos dados.



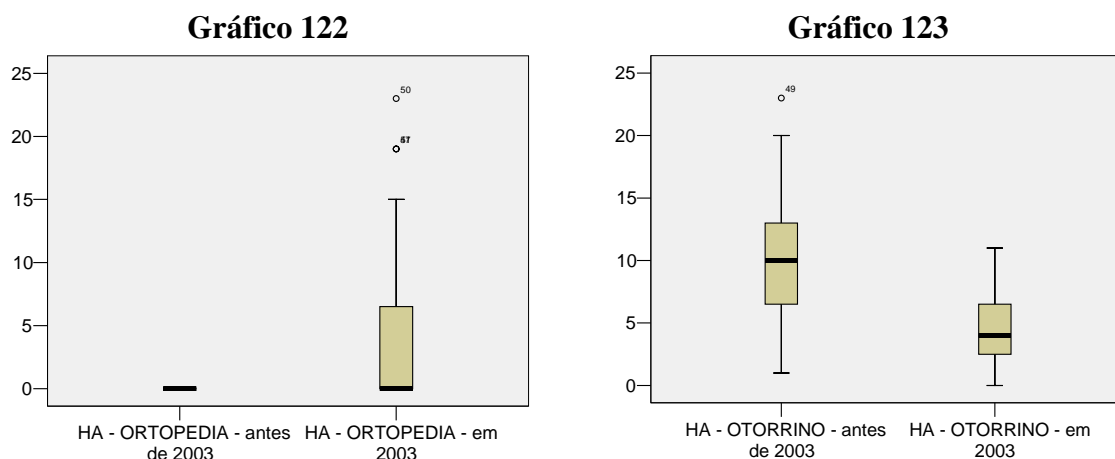
Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

6.7.3. Aderência da distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana para os doentes do Hospital de Aveiro

6.7.3.1. Por Especialidade¹²⁷

O quadro 65 em anexo apresenta o número de entradas na lista de espera por semana no Hospital de Aveiro, por especialidade.

Os gráficos 122 e 123 apresentam os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições do número de entradas na lista de espera por semana, por especialidade, para o Hospital de Aveiro, antes de 2003 e em 2003.



De acordo com os quadros 66 e 67 em anexo, a distribuição tem por base os dados de uma amostra de 52 semanas, para as quais foram determinados o número de doentes que entraram para a lista de espera em cada especialidade, por semana, antes de 2003 e em 2003.

A distribuição de Poisson é caracterizada através de apenas um parâmetro: a média. Para esta amostra, a média calculada é:

- Para a especialidade de ORTOPEDIA: 0,00 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 3,73 entradas de doentes por semana em 2003.

¹²⁷ De referir que estamos a analisar a especialidades de Ortopedia e ORL no global das patologias em lista de espera.

- Para a especialidade de OTORRINO: 10,12 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 4,48 entradas de doentes por semana em 2003.

Os restantes valores são interpretados como anteriormente.

Quando a probabilidade da estatística Z está abaixo de 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ não é um ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

Quando a probabilidade da estatística Z é superior a 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ é um bom ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

Para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, são colocadas as seguintes hipóteses:

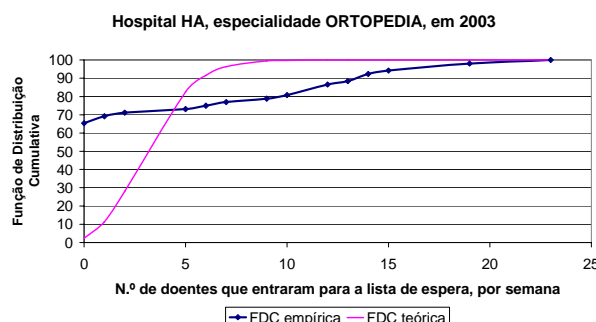
- H_0 : O número de doentes segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$.
- H_1 : O número de doentes não segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$.

O valor de prova do teste, para a especialidade ORTOPEDIA, em 2003, é inferior a 5% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 67 em anexo), pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, não segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$, para esta especialidade.

O valor de prova do teste, para a especialidade OTORRINO, antes de 2003 e em 2003, é superior a 5% (assinalado a Negrito no quadro 67 em anexo), pelo que não rejeitamos (aceitamos) a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, seguem uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ ($\lambda = 10,12$ antes de 2003 e $\lambda = 4,48$ em 2003), para esta especialidade.

Nos gráficos 124, 125 e 126 apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados, na especialidade de ORTOPEDIA.

Gráfico 124



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

Apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições aderem aos dados, para a especialidade de OTORRINO.

Gráfico 125

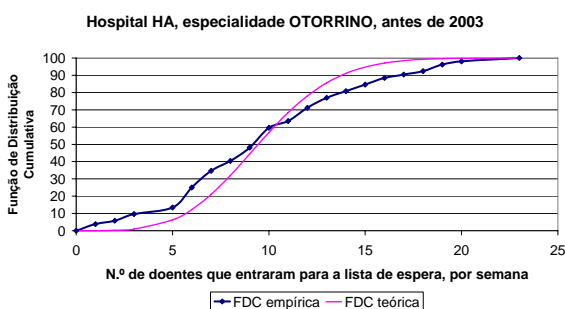
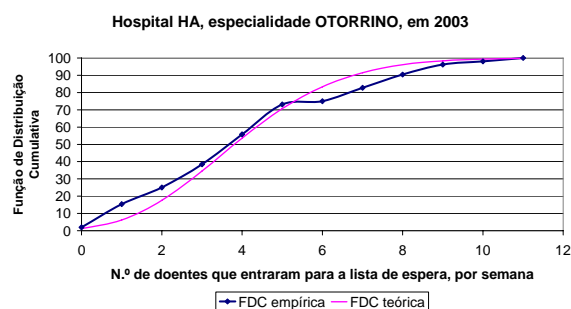


Gráfico 126



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos, no entanto, essas diferenças não são suficientes para afirmar que a distribuição de Poisson não adere aos dados.

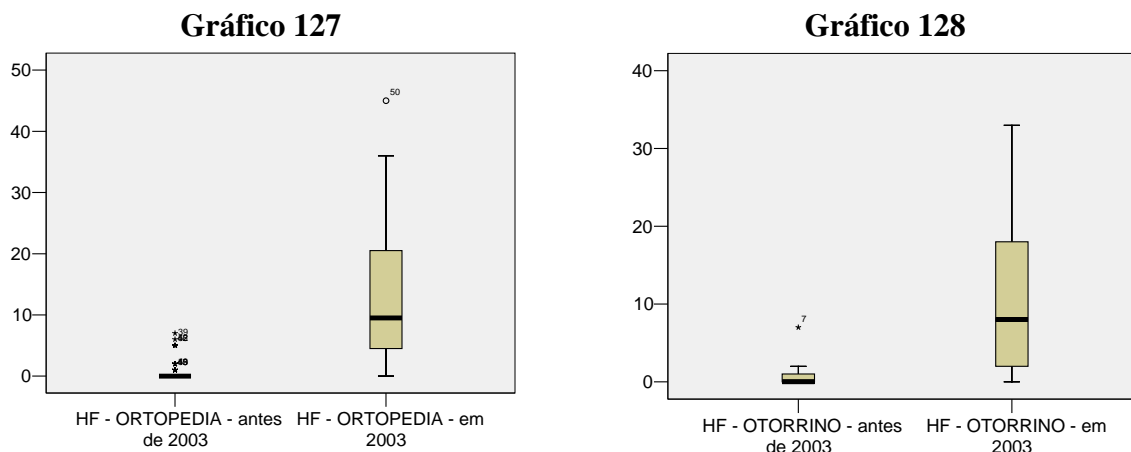
6.7.4. Aderência da distribuição de Poisson ao número de entradas na lista de espera por semana para os doentes do Hospital de Santa Maria da Feira

6.7.4.1. Por Especialidade¹²⁸

O quadro 68 em anexo apresenta o número de entradas na lista de espera por semana no Hospital HF, por especialidade.

¹²⁸ De referir que estamos a analisar a especialidades de Ortopedia e ORL no global das patologias em lista de espera.

Os gráficos 127 e 128 apresentam-se os diagramas tipo caixa ilustrativos das distribuições do número de entradas na lista de espera por semana, por especialidade, para o Hospital da Feira, antes de 2003 e em 2003.



De acordo com os quadros 69 e 70 em anexo, a distribuição tem por base os dados de uma amostra de 52 semanas, para as quais foram determinados o número de doentes que entraram para a lista de espera em cada especialidade, por semana, antes de 2003 e em 2003.

A distribuição de Poisson é caracterizada através de apenas um parâmetro: a média. Para esta amostra, a média calculada é:

- Para a especialidade de ORTOPEDIA: 0,73 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 12,60 entradas de doentes por semana em 2003.
- Para a especialidade de OTORRINO: 0,42 entradas de doentes por semana antes de 2003 e 10,46 entradas de doentes por semana em 2003.

Os restantes valores são interpretados como anteriormente.

Quando a probabilidade da estatística Z está abaixo de 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ não é um ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

Quando a probabilidade da estatística Z é superior a 0,05, a distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda = \text{média}$ é um bom ajuste bom para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana.

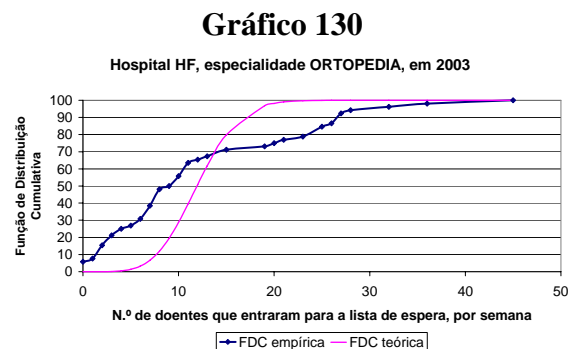
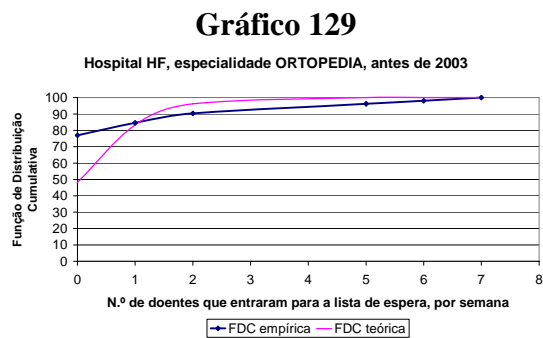
Para o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, são colocadas as seguintes hipóteses:

- H_0 : O número de doentes segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média.
- H_1 : O número de doentes não segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média.

O valor de prova do teste, para a especialidade ORTOPEDIA, antes de 2003 e em 2003, e para a especialidade OTORRINO, em 2003, é inferior a 5% (assinalado a Negrito e vermelho no quadro 70 em anexo), pelo que rejeitamos a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, não segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média.

O valor de prova do teste, para a especialidade OTORRINO, antes de 2003, é superior a 5% (assinalado a Negrito no quadro 70 em anexo), pelo que não rejeitamos (aceitamos) a hipótese nula e concluímos que o número de doentes que entraram para a lista de espera, por semana, segue uma distribuição de Poisson com parâmetro $\lambda =$ média ($\lambda = 0,42$ em 2003), para esta especialidade.

Nos gráficos 129 e 130 apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como as distribuições não aderem bem aos dados, na especialidade de ORTOPEDIA.



Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos.

Nos gráficos 131 e 132 apresenta-se a representação gráfica das FDC empíricas e teóricas, para ilustração da forma como a distribuição adere aos dados antes de 2003 e não aderem bem aos dados em 2003, na especialidade de OTORRINO.

Gráfico 131

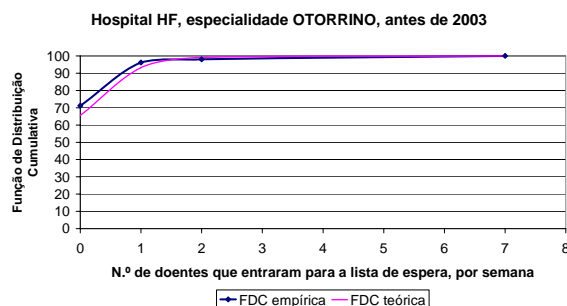
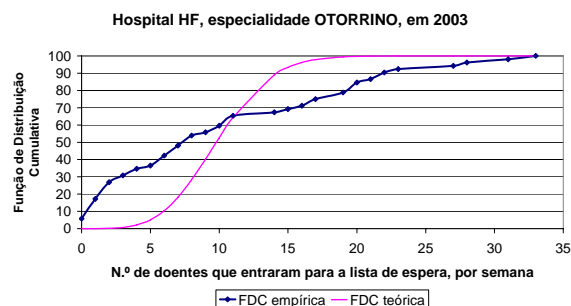


Gráfico 132



Os valores empíricos da FDC aderem bem aos dados, antes de 2003. Os valores empíricos da FDC estão, inicialmente, acima dos teóricos, passando depois a apresentar valores inferiores aos teóricos, em 2003.

6.7.5 Conclusão

Analisando o ritmo de chegada dos doentes à lista de espera, dos doentes que estavam em lista em 31 de Dezembro de 2003, verificamos que em ambos os Hospitais e em concreto para os doentes entrados antes de 2003 na especialidade de Otorrino se ajustam a uma distribuição de Poisson.

Verifica-se assim existir uma padronização do ritmo de chegadas. Contudo, a nossa amostra não nos permite aferir qualitativamente a origem deste fenómeno.

6.8. Ocupação do Bloco Operatório

6.8.1. Disponibilidade versus Doentes Operados

No ponto anterior (cfr. Ponto 6.4.3.) apuramos não existir diferença que sejam significativas nos actos cirúrgicos praticados quer sejam em PECLEC, quer sejam na Actividade Normal Programada, uma vez que estamos na presença de tempos em minutos. Por outro lado, conforme instruções das Administrações Regionais de Saúde indicaram (cfr. Ponto 2.2), partimos do pressuposto de que o agendamento apresentado pelos hospitais se manteve constante. Assim, considerando existir tempos idênticos para práticas idênticas, analisaremos de seguida os tempos dispendidos por especialidade e não por intervenção cirúrgica.

Quadro 10

DISPONIBILIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO POR DIA DA SEMANA

HOSPITAL	ESPECIALIDADE		Periodos	Percent	Cumulative Percent
H. AVEIRO	ORTOPEDIA	Valid	QUI	2	33,3
			SEG	1	50,0
			SEX	2	83,3
			TER	1	100,0
			Total	6	100,0
	OTORRINO	Valid	SEG	1	100,0
H. FEIRA	ORTOPEDIA	Valid	QUI	2	20,0
			SEG	2	40,0
			SEX	2	60,0
			TER	2	80,0
			QUA	2	100,0
			Total	10	100,0
	OTORRINO	Valid	QUI	2	22,2
			SEG	2	44,4
			SEX	1	66,7
			TER	1	88,9
			QUA	1	100,0
			SAB	2	111,1
			Total	9	100,0

No ponto 6.2, apresentamos os horários (agendamento) do Bloco Operatório para todas as especialidades cirúrgicas dos Hospitais de Aveiro e de Santa Maria da Feira. Com base neste agendamento, centramos agora a nossa análise nas especialidades de Otorrino e Ortopedia, para actividade programada.

O quadro 71 em anexo, descreve a distribuição percentual períodos disponíveis por dia da semana e por especialidade. De acordo com o quadro 11, o Hospital de Aveiro dispõem de 6 períodos para a Ortopedia com uma média de 8,67 horas e 1 período para Otorrino de 10 horas por semana. O Hospital de Santa Maria da Feira dispõe de uma maior disponibilidade uma vez que a Ortopedia apresenta um total de 10 períodos semanais com uma média de 10,50 horas e a Otorrino com 9 períodos que correspondem a uma média de 11, 44 horas por período.

Quadro 11

TEMPO OPERATÓRIO DISPONIVEL POR ESPECIALIDADE

HOSPITAL	ESPECIALIDADE		DIAS DA SEMANA	HORAS DISPONIVEIS
H. AVEIRO	ORTOPEDIA	Valid	6	6
		Missing	0	0
		Mean		8,67
	OTORRINO	Valid	1	1
		Missing	0	0
		Mean		10,00
H. FEIRA	ORTOPEDIA	Valid	10	10
		Missing	0	0
		Mean		10,50
	OTORRINO	Valid	9	9
		Missing	0	0
		Mean		11,44

No cômputo geral em actividade normal programada, o Bloco Operatório do Hospital de Aveiro dispõe para a Ortopedia um total de 52 horas por semana (Gráfico 133) e para Otorrino 10 horas (Gráfico 134). O Hospital de Santa Maria da Feira apresenta 105 horas disponíveis por semana para a Ortopedia (Gráfico 135) e 103 horas para a especialidade de Otorrino (Gráfico 136).

Tempos agendados por períodos – Representação Gráfica

Gráfico 133

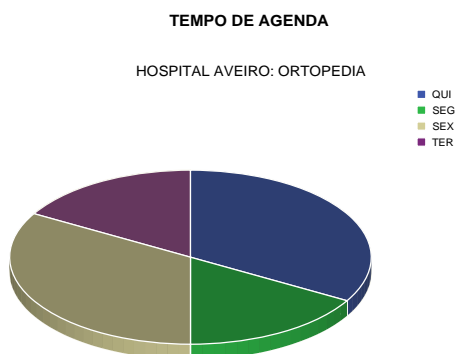
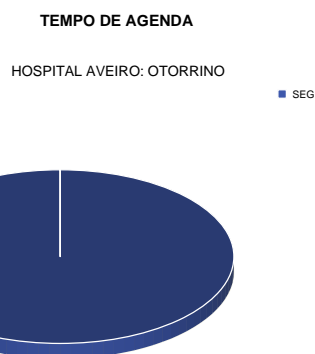


Gráfico 134



Tempo de Agenda: em períodos

Gráfico 135

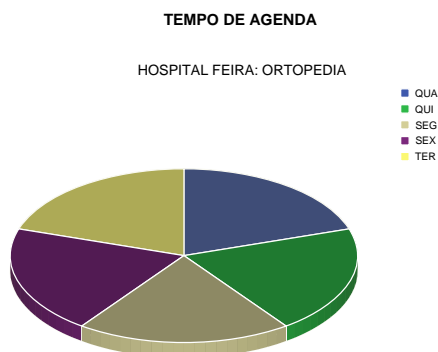
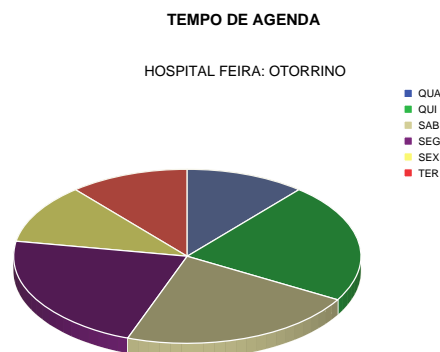


Gráfico 136



Tempo de Agenda: em períodos

Baseados nos quadros 72 e 74 em anexo e comparando o tempo de agenda (disponível) com os doentes intervencionados por dia da semana, facilmente concluímos que não existe uma correspondência na utilização dos tempos por dia. Isto é, considerando o caso do Serviço de Ortopedia do Hospital de Aveiro, além dos períodos disponíveis houveram intervenções cirúrgicas ao Sábado, Domingo e Quarta-Feira. Esta análise é evidente nos dois hospitais e para as duas especialidades à excepção da Otorrino do Hospital de Santa Maria da Feira que mantém a utilização do agendamento semanal, contudo com cargas horárias diferentes (Gráficos 136 e 140).

Tempos ocupados por períodos – Representação Gráfica

Gráfico 137

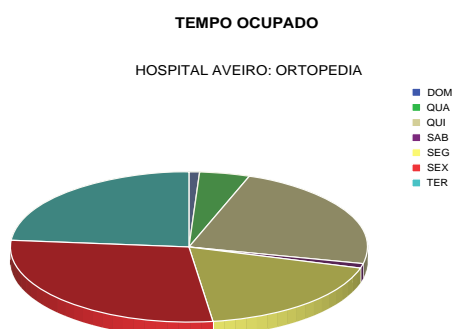
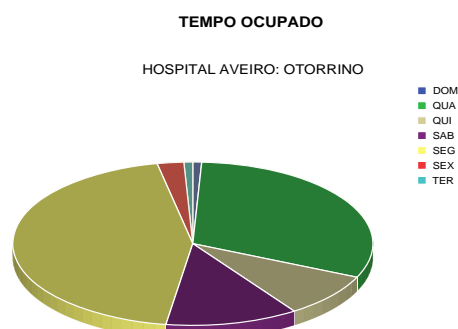


Gráfico 138



Tempo ocupado: em períodos

Gráfico 139

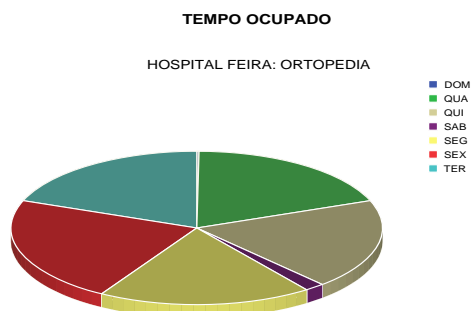
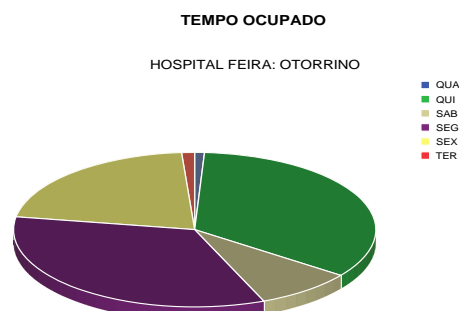


Gráfico 140



Tempo ocupado: em períodos

Esta divergência poderá ser explicada pela utilização do Bloco Operatório para doentes de PECLEC, como uma possível redistribuição das agendas a que não tivemos acesso, poderá eventualmente ser uma evidência da rentabilização os tempos operatórios, como ainda poderá traduzir os doentes operados em PECLEC em horário acrescido. Sobre esta questão estamos apenas a considerar hipóteses.

Os gráficos 141, 142, 143 e 144 apresentam a semana em que mais doentes foram intervencionados. Evidentemente que estarão em causa as patologias associadas, contudo parece evidente existir uma discrepância entre o número máximo e mínimo de doentes intervencionados.

Em média, o serviço de Ortopedia do Hospital de Aveiro e da Feira rentabilizaram mais os seus tempos (operando mais doentes) no mês de Junho. Para a especialidade de Otorrino o Hospital de Aveiro apresenta o mês de Maio e o Hospital da Feira o Mês de Julho (cfr. Quadro 73 em anexo).

Se tivermos em conta que o ano tem 52 semanas, constatamos que o Hospital da Feira não operou doentes na 52ª semana. Por outro lado, parece evidente que ambos os hospitais apresentam 1 a 2 doentes operados por semana (cfr. Quadro 74 em anexo).

Actividade Anual – Representação Gráfica

Gráfico 141

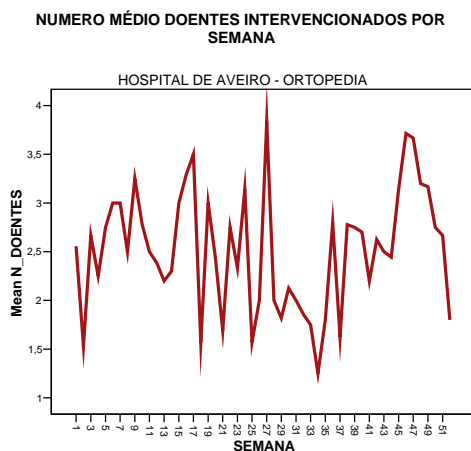


Gráfico 142

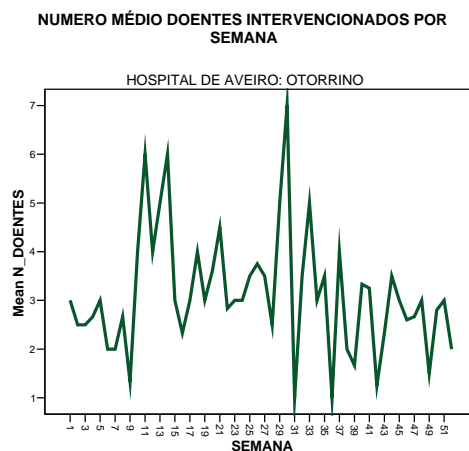
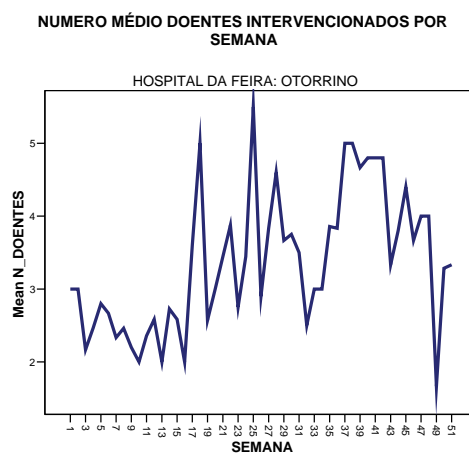


Gráfico 143



Gráfico 144



Para um total de 52 horas por semana, o Serviço de Ortopedia do Hospital de Aveiro operou em média 2,46 doentes (Gráfico 145). Para um total de 10 horas por semana a Otorrino operou 2,96 doentes (Gráfico 146). O Serviço de Ortopedia do Hospital da Feira com 105 horas por semana operou em média 2,80 doentes (Gráfico 147) e o Serviço de Otorrino com 103 horas agendadas operou em média 3,15 doentes (Gráfico 148). Não podemos descurar o facto de que estas médias contemplam doentes operados nos dois tipos de actividade (PECLEC e Programada). No entanto, parece ser consensual questionar se seria necessário o PECLEC para um número médio de 3 doentes.

Gráfico 145

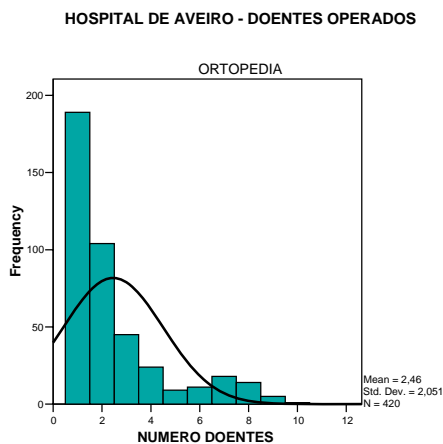


Gráfico 146

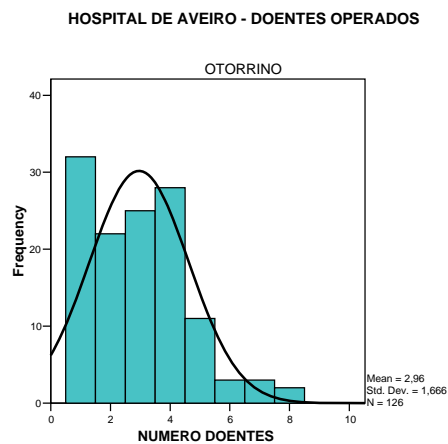


Gráfico 147

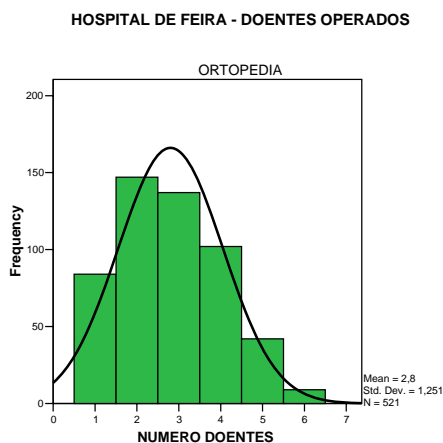
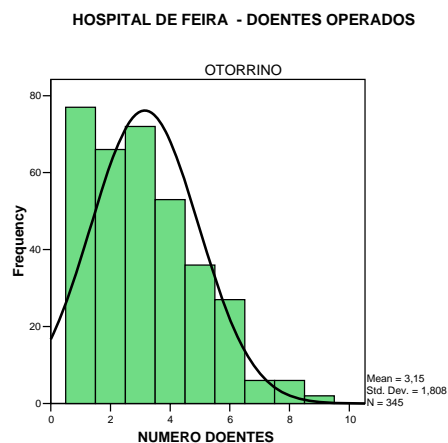


Gráfico 148



O Bloco Operatório de uma unidade hospitalar dispõe de uma enorme quantidade de recursos físicos e humanos. Trata-se de uma unidade que está permanentemente disponível a receber doentes, ainda que em situação de urgência. É consensual que esta “máquina” representa custos significativos ao Estado e aos contribuintes em geral. Por este facto, cumpre aos gestores das unidades hospitalares ter uma preocupação em rentabilizar a capacidade instalada¹²⁹.

¹²⁹ No que se refere a este assunto, temos vindo a considerar a capacidade instalada como um tempo maior ao agendamento. No nosso ponto de vista a capacidade instalada é permanente. O agendamento ou disponibilidade existente tem em conta os meios humanos necessários ao funcionamento desta unidade.

6.8.2. Disponibilidade versus Tempo Utilizado

1. A partir dos dados disponíveis

Ao tentar analisar o tempo de ocupação do Bloco Operatório nos Hospitais de Aveiro e de Santa Maria da Feira, constatamos (cfr. Quadro 75 em anexo) que o Hospital de Aveiro apresenta uma inconsistência nos registos dos actos inerentes à actividade operatória. Isto é, não obtivemos registos dos tempos em que os doentes se encontram no bloco.

Assim, começamos por usar a informação que nos parece ser mais consistente, desprezando todos os tempos inerentes ao procedimento operatório e centrando a nossa atenção no tempo cirúrgico.

Como vimos anteriormente, não podemos afirmar que existe uma variabilidade dos tempos cirúrgicos efectuados, quer estejamos na presença de cirurgia PECLEC ou de cirurgia normal programada. Deste modo, tratamos agora a nossa informação em função da especialidade na sua globalidade, desprezando o tipo de cirurgia.

Gráfico 149

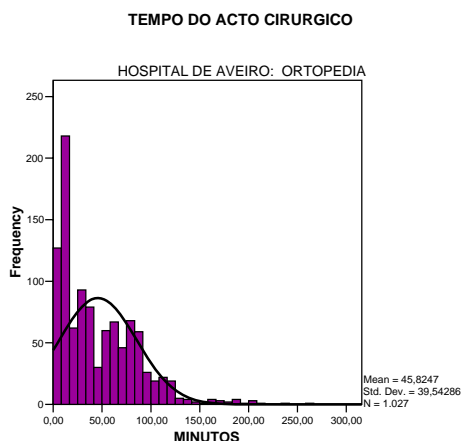
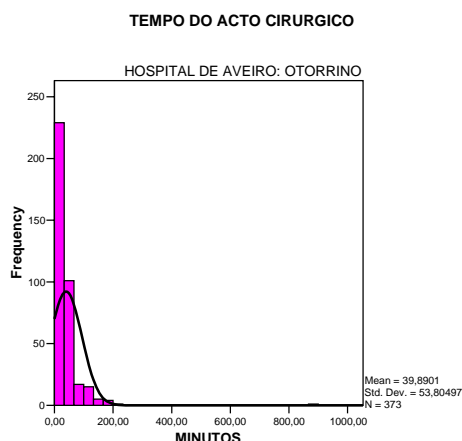


Gráfico 150



Assim, ao debruçarmo-nos nos tempos do acto cirúrgico praticado (cfr. Quadro 76 em anexo), constatamos que o Serviço de Ortopedia do Hospital de Aveiro apresenta um tempo médio cirúrgico de 45, 82 minutos, cujo ponto médio da amostra é de 35 minutos. Isto significa que estamos na presença de uma distribuição enviesada para a direita

existindo valores altos como “Outliers” (Gráfico 149). O tempo cirúrgico máximo atingido é de 70 minutos e o mínimo 13 minutos. A mesma distribuição apresenta o Serviço de Ortopedia do Hospital de Santa Maria da Feira (Gráfico 151), cuja média do tempo cirúrgico é de 56,63 minutos e com uma mediana de 40 minutos. Com uma distribuição enviesada para a direita, esta distribuição apresenta valores alto como “outliers”. O tempo máximo praticado atinge os 80 minutos e o mínimo 20.

Quanto à especialidade de Otorrinolaringologia do Hospital de Aveiro (Gráfico 150), verifica-se que o tempo médio cirúrgico praticado é de 39,89 minutos, sendo o ponto médio da amostra os 30 minutos. Com um tempo máximo praticado de 40 minutos e um mínimo de 20, esta distribuição é enviesada para a direita apresentando valores grandes como “outliers”. Também o serviço de Otorrino do Hospital de Santa Maria da Feira apresenta uma distribuição enviesada para a direita, com valores como “outliers”, apresenta-se com uma média de 49,67 minutos e com uma mediana de 40 minutos. O tempo máximo cirúrgico praticado é de 270 minutos e o mínimo de 5 minutos (Gráfico 152).

Gráfico 151

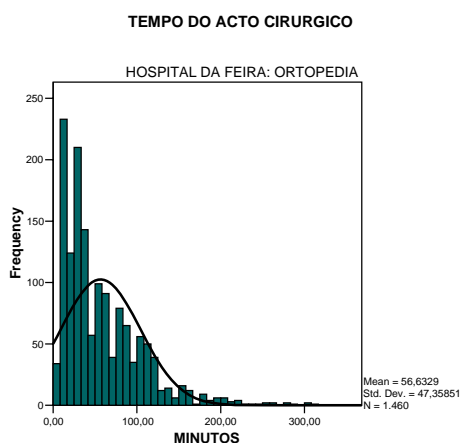
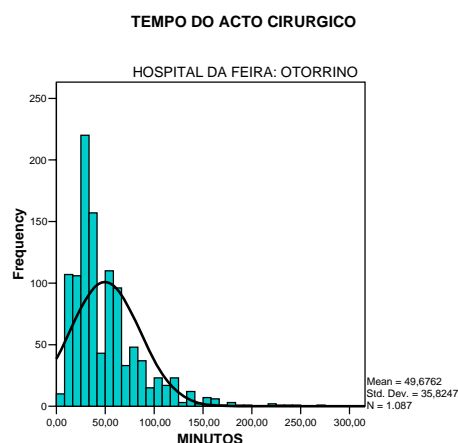


Gráfico 152



Cumpre-nos referir que estas variações dos actos cirúrgicos praticados poderão estar relacionadas com as patologias em causa, não sendo esse o objecto do nosso estudo.

No entanto, comparando os dois hospitais cujos tempos por especialidades são dispares e que se reflectem no número de doentes intervencionados (mais no Hospital da Feira do que no Hospital de Aveiro) incluindo o PECLEC, somos de opinião que os tempos médios dos actos cirúrgicos praticados não representam uma variabilidade significativa entre Hospitais.

Quadro 12

Taxa de Ocupação do Acto Cirúrgico por dia da semana

UNIDADE MEDIDA: TEMPO EM MINUTOS

HOSPITAL	DIA	ESPECIALIDADE	N DOENTES	TEMPO A.CIRURGICO	TEMPO DISPONIVEL	TEMPO A.C. POR DOENTE	TAXA OCUPAÇÃO
HA							
	SEG						
		ORTOPEDIA	156	9.586	31.200	61,4	30,72%
		OTORRINO	205	8.819	31.200	43,0	28,27%
	TER						
		ORTOPEDIA	266	14.497	31.200	54,5	46,46%
		OTORRINO	1	5	0		
	QUA						
		ORTOPEDIA	24	1.362	0	56,8	#DIV/0!
		OTORRINO	92	3.244	0	35,3	#DIV/0!
	QUI						
		ORTOPEDIA	387	10.280	43.680	26,6	23,53%
		OTORRINO	16	659	0	41,2	#DIV/0!
	SEX						
		ORTOPEDIA	191	10.980	56.160	57,5	19,55%
		OTORRINO	3	145	0	48,3	#DIV/0!
	SAB						
		ORTOPEDIA	4	94	0	23,5	#DIV/0!
		OTORRINO	55	1.837	0	33,4	#DIV/0!
	DOM						
		ORTOPEDIA	4	263	0	65,8	#DIV/0!
		OTORRINO	1	170	0	170,0	#DIV/0!
HF							
	SEG						
		ORTOPEDIA	275	18.452	68.640	67,1	26,88%
		OTORRINO	438	22.653	68.640	51,7	33,00%
	TER						
		ORTOPEDIA	271	18.045	68.640	66,6	26,29%
		OTORRINO	5	189	34.320	37,8	0,55%
	QUA						
		ORTOPEDIA	354	11.984	53.040	33,9	22,59%
		OTORRINO	6	140	74.880	23,3	0,19%
	QUI						
		ORTOPEDIA	273	16.889	68.640	61,9	24,61%
		OTORRINO	362	18.973	49.920	52,4	38,01%
	SEX						
		ORTOPEDIA	278	16.432	68.640	59,1	23,94%
		OTORRINO	197	7.973	34.320	40,5	23,23%
	SAB						
		ORTOPEDIA	9	872	0	96,9	#DIV/0!
		OTORRINO	79	4.070	59.280	51,5	6,87%
	DOM						
		ORTOPEDIA	1	10	0	10,0	#DIV/0!

No quadro 12, apresentamos um resumo do número de doentes intervencionados por dia da semana (de acordo com o agendamento), o tempo cirúrgico praticado para o total de doentes operados, o tempo disponível em minutos para aquele período.

Assim, por exemplo no Hospital de Aveiro (HA), à Segunda-feira foram operados em Ortopedia 156 doentes cujo tempo cirúrgico dispendido foi de 9586 minutos o que perfaz um tempo médio por doente de 61,4 minutos. Atendendo que a disponibilidade

existente às Segundas-Feiras são 10 horas (10 X 52 semanas X 60 minutos=31.200 minutos) o acto cirúrgico praticado ocupou 30,72% do tempo disponível no agendamento.

Verificado que o agendamento não é correspondente com a actividade praticada, optamos por agrupar todos os valores (Quadro 13).

De referir ainda, que apesar do PECLEC ter como condição a utilização do Bloco Operatório fora do agendamento, neste nosso trabalho comparamos para o agendamento normal previsto, o número de doentes intervencionados em PECLEC e em Cirurgia Programada.

Assim, para um total de 1.032 doentes intervencionados na especialidade de Ortopedia do Hospital de Aveiro, o tempo dispendido no acto cirúrgico foi de 47.062 minutos o que representa como já vimos uma média de 46 minutos por doente. O tempo cirúrgico dispendido representa 29% do agendamento previsto no Bloco Operatório. A mesma especialidade, mas agora no Hospital da Feira, constata que os 1.461 doentes operados com uma média 57 minutos cada ocuparam 25% do agendamento previsto no Bloco Operatório. Usando o mesmo raciocínio para a Otorrino verificamos que o acto cirúrgico ocupou no Hospital de Aveiro cerca de 48% do seu agendamento e no Hospital da Feira cerca de 17%.

Quadro 13

Taxa de Ocupação do Acto Cirúrgico por especialidade

HOSPITAL	ESPECIALIDADE	NÚMERO DOENTES	TEMPO ACTO CIRÚRGICO	TEMPO DISPONÍVEL	TAXA OCUPAÇÃO DO AGENDAMENTO
HOSPITAL	ORTOPEDIA	1.032	47.062	162.240	29,01%
AVEIRO	OTORRINO	373	14.879	31.200	47,69%
HOSPITAL	ORTOPEDIA	1.461	82.684	327.600	25,24%
FEIRA	OTORRINO	1.087	53.998	321.360	16,80%

UNIDADE MEDIDA: TEMPO EM MINUTOS

Mesmo considerando que não estamos a entrar em linha de conta com o tempo gasto com a entrada do doente no Bloco Operatório, com o tempo do doente na sala de

operações e com o tempo do acto anestésico, parece-nos existir uma clara evidência da não rentabilização destas actividades.

2. Aplicação de pressupostos

Como já referimos, a análise efectuada no ponto 6.4.3, relativa aos tempos cirúrgicos praticados, concluímos que para práticas iguais se verificaram tempos médios cirúrgicos muito semelhantes entre os hospitais de Santa Maria da Feira e o Hospital de Aveiro.

Por outro lado, constatámos (Quadro 14) que os dados do Hospital de Aveiro não permitiam analisar os tempos totais de ocupação dos doentes no Bloco Operatório, o que é possível para o Hospital de Santa Maria da Feira.

Partindo destes dois dados, estimamos os tempos dos doentes no Bloco Operatório do Hospital de Aveiro.

Através de uma regra de 3 simples, obtivemos uma estimativa dos referidos tempos. Por o exemplo no caso da Ortopedia, os cálculos foram: se na especialidade de Ortopedia, o Hospital da Feira apresenta um tempo total de 295904 minutos para 1459 doentes no Bloco Operatório, então o Hospital de Aveiro para 1032 doentes apresenta um tempo de 209160 minutos. O mesmo raciocínio foi elaborado para o tempo dos doentes no Bloco Operatório na especialidade de Otorrino, do Hospital de Aveiro.

Quadro 14

NÚMERO DE DOENTES E RESPECTIVOS TEMPOS DISTRIBUIDOS PELOS ACTOS MÉDICOS							
HOSPITAL	ESPECIALIDADE			DOENTE BLOCO	DOENTE SALA	ACTO ANESTESICO	ACTO CIRURGICO
Aveiro	ORTOPEDIA	Doentes	Valid	0	1031	1013	1009
			Missing	1032	1	19	23
		Tempos			75592	66568	46471
	OTORRINO	Doentes	Valid	0	373	370	370
			Missing	373	0	3	3
		Tempos			25614	22693	14367
Feira	ORTOPEDIA	Doentes	Valid	1459	1461	1460	1460
			Missing	2	0	1	1
		Tempos		295904	142923	106770	85154
	OTORRINO	Doentes	Valid	1079	1087	1079	1079
			Missing	8	0	8	8
		Tempos		188975	90906	66669	53518

Tempo do acto médio: em minutos

No quadro 15, a negrito identificamos os valores estimados para melhor identificação. No referido quadro (15), calculamos a variação percentual entre o doente na sala de operações e o agendamento existente para cada uma das especialidades em cada Hospital.

O cálculo desta variação é efectuado, com base no tempo do doente na sala uma vez que o agendamento corresponde à actividade desde o momento, em que o doente entra na sala de operações¹³⁰. Por outro lado, um doente pode estar no Bloco Operatório (por exemplo no recobro) o que significa que não está a ocupar o tempo agendado pela especialidade.

Olhando para o quadro 15, as duas especialidades apresentam uma variação percentual negativa, nos dois hospitais e nas duas especialidades.

Quadro 15
Variação entre o agendamento e a produção efectuada

HOSPITAL	ESPECIALIDADE	TEMPO MÉDIO EM MINUTOS					V% a)/b)
		DOENTE BLOCO	DOENTE SALA a)	ACTO ANESTESICO	ACTO CIRURGICO	AGENDAMENTO b)	
AVEIRO	ORTOPEDIA	DOENTES	1032	1032	1032		
		TEMPO	209160	75592	66568	46471	-53,41%
	OTORRINO	DOENTES	373	373	373		
		TEMPO	65327	25614	22693	14367	-17,90%
FEIRA	ORTOPEDIA	DOENTES	1460	1460	1460		
		TEMPO	295904	142923	106770	85154	-56,37%
	OTORRINO	DOENTES	1079	1079	1079	1087	
		TEMPO	188975	90906	66669	53518	-71,71%

Partindo do pressuposto de que os agendamentos previstos nas aplicações dos Blocos Operatórios, nos dois Hospitais se encontravam actualizados para o período em análise e aceitando a estimativa efectuada para o tempo do doente na sala, poderemos concluir que não existe uma correcta gestão dos tempos agendados nos dois Hospitais.

Conclui-se assim, que existia em 2003 mais tempo disponível para operar doentes e que este tempo não foi ocupado.

¹³⁰ Este critério corresponde aos cálculos habitualmente efectuados pela Tutela.

Pormenorizando esta análise, calculámos a média dos tempos para cada acto inerente ao percurso de um doente no Bloco Operatório. Ao tempo apurado em cada acto (em cada especialidade e em cada hospital) dividimos pelo número de doentes.

Deste modo, obtivemos um tempo médio em minutos para cada doente nos diferentes percursos a que é sujeito no Bloco Operatório.

Desde logo, o tempo médio em minutos para o doente no Bloco é comum aos dois hospitais (Quadro 16), uma vez que este cálculo foi por nós estimado. Contudo, como explicamos, este valor é suportado com os registos apresentados pelo Hospital de Santa Maria da Feira.

Partindo deste pressuposto, constatamos que para a especialidade de Ortopedia os doentes estão mais tempo no Bloco Operatório e mais tempo na sala de operações. A razão para este facto poderá estar inerente à complexidade das intervenções cirúrgicas.

Quadro 16
Tempo médio por doente em cada acto

HOSPITAL	ESPECIALIDADE	TEMPO MÉDIO EM MINUTOS			
		DOENTE BLOCO	DOENTE SALA	ACTO ANESTESICO	ACTO CIRURGICO
AVEIRO	ORTOPEDIA	203	73	65	45
	OTORRINO	175	69	61	39
FEIRA	ORTOPEDIA	203	98	73	58
	OTORRINO	175	84	62	49

De seguida, calculamos os tempos que decorrem entre cada percurso a que os doentes são submetidos no Bloco Operatório. Presente no quadro 17:

. O tempo 1 respeita ao tempo que decorre desde a entrada do doente no Bloco Operatório e o tempo na sala de operações (em minutos);

. O tempo 2 respeita ao tempo que decorre entre o doente na sala de operações até estar anestesiado (sem minutos);

. O tempo 3 respeita ao tempo que decorre entre o momento em que o doente está anestesiado e o acto cirúrgico.

O tempo 1 permite-nos concluir que o tempo que decorre entre a entrada do doente no Bloco Operatório e o tempo em que ocupa a sala é significativo nos dois hospitais (129 minutos para Ortopedia e 106 minutos para Otorrino em Aveiro e 105 minutos para Ortopedia e 91 minutos para Otorrino na Feira).

O momento que decorre entre o doente na sala de operações, até que esteja anestesiado (tempo 2) é muito dispare entre os hospitais, variando entre os 8/9 minutos em Aveiro e os 22/25 minutos na Feira.

Por sua vez no momento 3, verifica-se uma ligeira demora (minutos) para as duas especialidades no Hospital de Aveiro, quando comparadas com as mesmas especialidades do Hospital de Santa Maria da Feira. No entanto, não podemos deixar de realçar que estamos na presença de tempos em minutos, o que na realidade poderá não ser significativo.

Quadro 17
Tempo médio decorrido entre os actos

HOSPITAL	ESPECIALIDADE	TEMPO MÉDIO EM MINUTOS		
		Tempo 1	Tempo 2	Tempo 3
AVEIRO	ORTOPEDIA	129	9	19
	OTORRINO	106	8	22
FEIRA	ORTOPEDIA	105	25	15
	OTORRINO	91	22	13

Tempo 1: Tempo que decorre desde a entrada do doente no Bloco Operatório e o tempo na sala de operações

Tempo 2: Tempo que decorre entre o doente na sala de operações até estar anestesiado

Tempo 3: Tempo que decorre desde o momento em que o doente está anestesiado e o acto cirúrgico

Ao analisarmos em concreto os tempos 2 e 3 e que se referem aos tempos dispendidos na sala de operações e no acto cirúrgico, parece-nos evidente que existe uma tempo significativo em que os doentes estão no Bloco Operatório à espera de entrar para a sala de operações. Também aqui, permite-nos concluir a inexistência da rentabilização destas unidades, pela falta de coordenação entre a chegada do doente ao Bloco Operatório e a sua entrada na sala de operações.

Gostaríamos de realçar, que a abordagem precedente tem em conta taxas de ocupação que se referem ao tempo disponível/agendado por especialidade e não ao tempo de funcionamento do Bloco Operatório.

Não sendo possível quantificar qualquer impressibilidade *ex-ante* quanto ao tempo de duração de cada cirurgia (factor de incerteza) e quanto aos factores de restrição activa (por exemplo, os recursos humanos especializados) partimos do aproveitamento a 100% do referido agendamento.

Contudo, sustentamos igualmente este pressuposto com base no seguinte:

- a) O tempo de agendamento por especialidade é inferior ao tempo de funcionamento do Bloco Operatório, gerando uma margem de tempo que pode fazer face a qualquer factor de incerteza e a qualquer restrição activa;
- b) O número de doentes programados deverá à partida garantir que o tempo do agendamento seja totalmente rentabilizado;
- c) Qualquer intervenção cirúrgica que demore mais tempo do que o previsto (podendo provocar atrasos nas cirurgias subsequentes), não é motivo para que o doente seguinte não seja intervencionado (sob prejuízo do mesmo) uma vez que o Bloco Operatório é uma unidade que está em permanente actividade;
- d) Os dados demonstram uma baixa rentabilização dos tempos de agendamento utilizados, caso partíssemos de uma taxa de ocupação inferior a 100%, o cenário seria pior.

6.8.3. Conclusão

Do que precede cumpre-nos referir, que verificamos existir pouca variabilidade nos tempos cirúrgicos praticados nos dois Hospitais.

A percentagem realizada em actos cirúrgicos no total do agendamento tem pouca representatividade. Ao acrescentarmos todos os tempos inerentes ao doente no Bloco Operatório, a não rentabilização dos agendamentos parece-nos evidente. Demonstramos não existir a rentabilização dos agendamentos previstos nos dois Hospitais. Dado que consideramos a capacidade instalada no Bloco Operatório como sendo um tempo superior ao agendamento, logo a não rentabilização do Bloco torna-se superior.

Os dados em análise contemplaram doentes intervencionados no âmbito do PECLEC, caso não os tivéssemos incluído verificar-se-ia um menor número de doentes intervencionados e uma menor utilização dos agendamentos previstos.

Mesmo incluindo o número de doentes intervencionados no âmbito do PECLEC, verifica-se que em média foram intervencionados 3 doentes por semana. Facilmente se conclui, que ao retirar estes doentes, o número médio de doentes intervencionados por semana seria inferior, o que nos parece ser pouco razoável perante um número crescente de doentes em lista de espera.

Por outro lado, verificou-se que existe um tempo significativo que decorre entre o doente no Bloco Operatório até ao momento em que entra na sala.

Não objectivamos centrar a nossa atenção nas disfunções existentes ou não na utilização do agendamento disponível e do tempo de funcionamento do Bloco Operatório. A ineficiência é constatada, no entanto a nossa amostra apenas nos permite tirar conclusões meramente quantitativas. Parece-nos contudo, que caso estas ineficiências provenham da incorrecta distribuição do tempo disponível por parte dos cirurgiões, quer seja pela descoordenação dos restantes profissionais (Enfermeiros e Auxiliares de Acção Médica), ou de qualquer outro facto a que estamos alheios, provamos que estes dados devem ser alvo de preocupação destes profissionais e dos gestores hospitalares.

CAPITULO V – Discussão dos Resultados

O Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgica (PECLEC), foi criado em 2002 pela Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2002 de 25 de Maio, constatada a urgência em eliminar as listas de espera cirúrgicas no prazo de dois anos. Para este efeito, propôs a realização das intervenções cirúrgicas recorrendo a entidades públicas, privadas ou sociais prestadoras de cuidados de saúde.

Historicamente, o PECLEC sucede o Programa de Promoção do Acesso (PPA) criado em 1999 e o Programa Específico de Resolução das Listas de Espera (PERLE) criado em 1995. Torna-se assim claro a preocupação dos sucessivos Governos com o fenómeno das listas de espera cirúrgicas, que de programa em programa não tem dado conta deste flagelo.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979 pela Lei nº 56/79 de 15 de Setembro. Verifica-se que, desde então, a sua evolução está bastante associada aos ciclos políticos, tendo sido objecto de grandes transformações.

No decurso de todas as transformações operadas, constata-se a preocupação em aumentar a eficiência do SNS, em criar “uma nova gestão pública” e em melhorar a qualidade dos serviços, tendo sempre como preocupação fundamental a equidade no acesso dos doentes aos cuidados de saúde.

Um sistema de saúde tem de ser sustentado e ir ao encontro das expectativas da população. A Organização Mundial de Saúde (OMS) dá uma definição de sistema de saúde abrangendo as actividades cujo objecto principal seja promover, restaurar ou manter a saúde. Neste âmbito, no ano de 2000, a OMS colocou desafios a vários países, entre os quais Portugal, em matéria de melhoria da saúde, de promoção e prevenção da doença, de adequação dos serviços às expectativas da população e de garantia da justiça na contribuição financeira.

Desde os anos 90 que se verifica a introdução gradual de reformas no sector da saúde em Portugal. Contudo, o ano de 2002 marca uma viragem importante no cômputo destas reformas. Produziram-se alterações no âmbito da gestão hospitalar, das Parcerias Público-Privadas, das listas de espera cirúrgicas, dos cuidados continuados, do sector farmacêutico e na regulação do sector da saúde.

Apesar de se tratar de uma reforma ambiciosa, existe um conjunto de situações apelativas que poderão contribuir para dar continuidade a estas reformas. Estamos a referir-nos concretamente a uma redistribuição dos recursos humanos, a uma melhoria nas campanhas de informação promotoras da saúde pública e dos estilos de vida, a uma modernização e revisão das tarefas das Administrações Regionais de Saúde, a uma garantia da sustentabilidade do sistema e por fim a uma necessária coordenação nas tecnologias de informação e comunicação.

Apesar de coexistirem na Europa diferentes modelos de prestação de cuidados de saúde (Beveridgiano e Bismarckiano) com diferentes sistemas de organização, financiamento e disponibilização de serviços, verifica-se a introdução de várias reformas que visam influenciar os mecanismos de quem presta e de quem procura os serviços de saúde. Contudo, todos têm um objectivo comum, garantir o acesso aos cuidados de saúde. Previstos na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases da Saúde e no Estatuto do SNS, o Estado português garante o acesso aos cuidados de saúde de todos os cidadãos.

Com a criação da União Europeia, da qual fazemos parte, o acesso aos cuidados de saúde é reforçado com a publicação da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia.

O acesso aos cuidados de saúde é tido como um direito básico do ser humano e uma meta social. Segundo as Nações Unidas, “toda a pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social; e pode legitimamente exigir a satisfação dos direitos económicos, sociais e culturais indispensáveis, graças ao esforço nacional e à cooperação internacional, de harmonia com a organização e os recursos de cada país”¹³¹ (*Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo 22*).

O acesso aos cuidados de saúde abrange a relação entre a necessidade, a disponibilização e a utilização dos serviços de saúde. A noção de acesso envolve diferentes aspectos, que se relacionam com os prestadores do serviço e os clientes que determinam padrões de utilização. É, por isso, um conceito multifacetado.

Ter acesso, expõe a potencialidade em utilizar um serviço caso este seja solicitado e obter acesso aponta para os procedimentos existentes para a admissão à utilização dos serviços.

¹³¹ De acordo com a Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro, que aprova as bases da segurança social, “todos têm direito à segurança social. O direito à segurança social é efectivado pelo sistema e exercido nos termos estabelecidos na Constituição, nos instrumentos internacionais aplicáveis e na presente lei”.

O acesso à cobertura universal em função das necessidades é principiado na Alma-Ata (1978). Conquanto, o direito aos cuidados de saúde nos países da União Europeia é encarado como quase Universal. A Comissão Europeia tem acompanhado esta matéria, no entanto, verifica-se que a pertinência desta questão constitui-se com a existência de barreiras ao acesso. Em concreto, as barreiras associadas à oferta dos cuidados de saúde, isto é, a existência de um sistema estatutário de seguros, de recursos financeiros públicos, a localização dos serviços e a existência de tempos de espera no acesso a tratamentos.

Acomunado à procura verifica-se igualmente, a existência de barreiras no acesso aos cuidados de saúde, designadamente no que se refere à capacidade dos indivíduos em pagar os serviços prestados e a características pessoais (cultura, crenças, informações, preferências e custos de oportunidade).

O acesso aos cuidados de saúde é um direito aclamado na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, no entanto, a existência de barreiras comuns em alguns destes Estados é um facto, concretamente no que se refere aos tempos de espera. Em torno desta questão, os Governos têm intervindo activamente na organização dos cuidados de saúde visando o estabelecimento de sistemas fundamentados nos princípios da universalidade, da solidariedade e da equidade.

A igualdade no acesso aos serviços de saúde constitui um ângulo fundamental da equidade em saúde. Para *Pedro Pita Barros (2001a:133)* “A equidade encontra-se claramente definida em termos de acesso”. A equidade não é um conceito recente, no entanto, sobeja a sua crescente utilização como princípio orientador do SNS.

O conceito de equidade surge associado aos conceitos de igualdade e justiça social. O conceito de equidade induz a múltiplas interpretações, dependendo dos valores daqueles que utilizam os recursos e dos objectivos a atingir com essa redistribuição (*Giraldes, M. C. 2001:534*). As listas e os tempos de espera são uma forma iniquitativa de acesso aos cuidados de saúde.

Como qualquer mercado de bens (procura e oferta de serviços), contando com a diferença da ausência do preço de mercado, assim funciona o mercado dos serviços de saúde. A procura e a oferta dos cuidados de saúde são determinadas por vários factores sendo a ausência de preço de mercado evidenciada em ambos os lados. Perante a ausência de preço de mercado, a procura de cuidados médicos tende a ser infinita e sendo a oferta de recursos finita, este processo manifesta-se sob a forma de listas de espera.

“To understand waiting lists and to put forward policy proposals requires understanding the links between demand and supply in a tax-financed health care system” Culyer *et al* (2000:1204). Relacionado com as listas de espera está o tempo de espera. O número de pessoas que estão em lista de espera, não é o cerne da questão. O aspecto fundamental é o tempo que os pacientes têm de esperar para serem sujeitos a uma intervenção cirúrgica. “In an efficient waiting time is not achieved, it remains possible to be cost effective in the management of those who wait” Culyer (2000:1231).

A iniquidade no acesso aos cuidados de saúde, especificamente às intervenções cirúrgicas, pode traduzir-se numa série de consequências físicas, psicológicas, sociais e económicas. Contudo, constatamos existir argumentos favoráveis à existência deste fenómeno, nomeadamente aos níveis económico e institucional.

O fenómeno das listas de espera afigura-se como um problema sem fronteiras.

O Comité de Hospitais da União Europeia (HOPE), tem publicado relatórios onde constam considerações/recomendações em matéria de listas e dos tempos de espera para cirurgia. Sendo uma problemática comum em diversos países europeus, têm sido também publicadas algumas propostas resolutivas desta matéria.

No caso português, o Governo convencionou realizar reformas urgentes neste âmbito, com a preocupação de atribuir aos destinatários do SNS um atendimento de qualidade e em tempo útil. Neste sentido, surge o Sistema Informático de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) como uma medida que está a ser implementada em diversos hospitais a nível nacional.

Objectivando uma melhor compreensão do PECLEC, apresentámos as questões que considerámos mais importantes sobre o funcionamento da lista de espera cirúrgica, da programação da actividade cirúrgica e do funcionamento do PECLEC.

Sustentando a análise num relatório de auditoria ao PECLEC, publicado pelo Tribunal de Contas, apresentámos uma breve avaliação deste programa em todos os Hospitais do País. Assim em 31 de Dezembro de 2002 existiam a nível nacional 182.473 doentes em lista de espera, que depois de sujeita aos expurgos atingiu os 123.547 doentes.

Do total dos doentes intervencionados (a nível nacional) no âmbito do PECLEC, a maioria dos doentes foram intervencionados em hospitais do sector público e os restantes no sector social e privado.

A nível nacional o PECLEC revelou um considerável grau de execução face ao número de doentes em lista de espera. Os doentes intervencionados foram distribuídos por 139 unidades do território nacional. Verificou-se ainda que 54,3% dos doentes operados no SNS foram intervencionados em actividade normal, face aos 45,7% que foram intervencionados em horário acrescido.

Em 31 de Janeiro de 2005, o número de doentes em lista de espera, aumentou 49,72% em relação ao número de doentes que aguardavam por cirurgia em 31/10/2004.

Este trabalho assentou numa abordagem mista, qualitativa e quantitativa, com o objectivo específico de avaliar o impacto do PECLEC em dois hospitais da Região Centro, nas especialidades de Ortopedia e Otorrino (pela adesão que tiveram ao PECLEC).

A lista de espera de doentes para intervenção cirúrgica, quer no Hospital de Aveiro, quer no Hospital da Feira, era em 31 de Dezembro de 2003 superior ao número de doentes existentes em 1 de Janeiro de 2003, “apesar do esforço desenvolvido na aplicação do PECLEC se ter traduzido numa melhor utilização dos recursos físicos e humanos” *Tribunal de Contas (2005:11)*. Constata-se assim, uma igualdade à tendência nacional no aumento do número de doentes em lista de espera.

Em concordância com este facto surge a teoria de mercado, em que a ausência do mecanismo do preço induz a procura dos cuidados de saúde. Contudo, apesar da lista de espera em ambos os Hospitais ter aumentado, o tempo de espera diminuiu significativamente o que parece contrariar a teoria exponencial das listas de espera.

No decurso deste trabalho, verificamos que foi cumprido o previsto na RCM nº 100/2002 em que os doentes do Programa PECLEC seriam todos aqueles que estariam em lista de espera até 30 de Junho de 2002 (embora este período tenha sido protelado até 31 de Dezembro de 2003). Podemos assim dizer, que nos Hospitais de Santa Maria da Feira e Aveiro, o PECLEC teve uma aplicação positiva uma vez que foram retirados doentes com esperas significativas para intervenção cirúrgica.

Por outro lado, em ambos os hospitais, a actividade normal programada não foi prejudicada com a implementação do PECLEC, mostrando-se mesmo que este teve um impacto pouco significativo na actividade cirúrgica em geral, quando comparado em termos percentuais.

Verificámos que o Hospital de Santa Maria da Feira teve uma adesão inferior ao PECLEC, que poderá ser justificada pela actividade privada. Quando analisamos em

pormenor a Substituição do Joelho e a Amigdalectomia com Adenoidectomia, efectuadas em sede de PECLEC e os expurgos efectuados, este argumento torna-se evidente. Nas duas patologias mencionadas, o Hospital de Santa Maria da Feira operou em PECLEC um número de doentes, próximo ao do realizado em cirurgia privada e expurgou um número significativo de doentes que poderiam ser operados em PECLEC. Com este raciocínio não pretendemos efectuar juízos relativamente à operacionalidade desta questão. Cumpre-nos apenas constatar um facto.

Em ambos os Hospitais e na actividade programada, foram retirados da lista de espera doentes com espera significativas e possíveis de entrar na lista PECLEC. Pelo que “fica demonstrado que para além de existir essa capacidade foram realizadas mais intervenções cirúrgicas e efectuada uma melhor gestão na utilização dos blocos operatórios” *Tribunal de Contas (2005:22)*. Isto permite-nos enfatizar que não é necessário o PECLEC, para que sejam retirados da lista, doentes com tempos de espera significativos.

Com o cálculo dos tempos de espera, constatámos que foram retirados da lista, doentes com esperas significativas e por isso em PECLEC. Na actividade programada, constatou-se existir doentes em lista de espera com zero dias, o que permite presumir que a aquando da consulta externa lhes foi indicada uma data para a intervenção cirúrgica, ou seria coincidente com um período sem doentes em lista de espera o que parece ser pouco provável, ou ainda qualquer outro factor a que somos alheios.

Outro aspecto constatado e não menos importante é que verificámos que os tempos médios de espera em cirurgia normal programada foram inferiores, aos tempos médios de espera das intervenções cirúrgicas para PECLEC.

Para os dois Hospitais e para os dois tipos de cirurgias, à excepção da cirurgia programada em Ortopedia no Hospital de Aveiro, os tempos de espera ultrapassaram o tempo clinicamente aceitável.

Ao testar a igualdade do tempo médio de espera entre os dois Hospitais verificou-se que apenas a Substituição do Joelho apresenta uma distribuição normal, isto é, não se vislumbrou existir diferenças significativas nos tempos de espera. Com uma significância de 5%, verificou-se ainda que em ambas as especialidades os tempos médios de espera são superiores no Hospital de Aveiro, exceptuando a cirurgia programada para a Substituição do Joelho que apresenta tempos inferiores ao Hospital da Feira.

No que se refere aos tempos médios cirúrgicos, partimos da hipótese de que os tempos médios eram iguais para práticas idênticas. Através do teste de Student (t-Test) e comparando as médias não existiu qualquer evidência estatística de que os tempos médios cirúrgicos fossem significativamente diferentes, pelo que podemos rejeitar a hipótese de que os tempos cirúrgicos sejam muito diferentes entre hospitais e para os mesmos tipos de cirurgias (PECLEC e Programa).

Ao aferir se os tempos de espera e cirúrgicos provinham de uma distribuição normal obtivemos resultados positivos, apenas em alguns casos. Não existindo homogeneidade nas conclusões dos testes de simetria e achatamento direccionámos o nosso estudo para análise da distribuição exponencial.

A análise estatística aos tempos de espera e cirúrgicos, permite-nos concluir que estamos na presença de uma contrariedade da teoria exponencial das listas de espera, pois estatisticamente a nossa amostra não se ajusta a uma distribuição exponencial.

Quanto aos tempos mínimos cirúrgicos verificados, sugerem-se futuros trabalhos no desenvolvimento da actividade da cirurgia do ambulatório. De acordo com algumas propostas apresentadas na Europa, esta poderá ser uma forma de fazer face às listas e aos tempos de espera. A Cirurgia de Ambulatório embora realizada no Bloco Operatório, pressupõe o não internamento dos doentes (um recobro inferior a 24 horas), podendo desta forma libertar as unidades de internamento.

Efectuamos a análise do ritmo das chegadas dos doentes à lista em dois momentos distintos: aos doentes operados em 2003 para a Substituição do Joelho e para Amigdalectomia e aos doentes em lista de espera em 31/12/2003 no total das patologias em Ortopedia e Otorrino. Os resultados permitem-nos concluir que os doentes intervencionados em 2003, em Amigdalectomia e em PECLEC, no Hospital de Aveiro, seguem uma distribuição de Poisson. Dos doentes em lista de espera em 31/12/2003 para ambos os Hospitais na especialidade de Otorrino, a amostra segue uma distribuição de Poisson. Deste modo, na especialidade de Otorrino poderá existir um factor qualquer (humano, físico, ou outro) que padroniza este ritmo de chegadas. De realçar que, a análise qualitativa deste fenómeno não nos foi possível efectuar, por não dispormos de dados na nossa amostra.

Num total de 52 semanas (as especialidades cirúrgicas não suspendem a actividade em época de férias) e de acordo com as horas disponíveis para as especialidades de

Ortopedia e Otorrino, verifica-se a existência de um número médio baixo de doentes intervencionados por semana, cuja média varia entre 2 a 3 doentes. Apesar do estudo do Hospital da Feira não contemplar as intervenções cirúrgicas realizadas em cirurgias plástica e privada, este cálculo também exclui o agendamento inerente a estas actividades.

Assim, embora tenhamos em consideração que estamos a tratar de médias, parece-nos bastante baixo o número de doentes intervencionados. Parece-nos igualmente lícito afirmar que os resultados seriam mais baixos se não estivessem aqui incluídos os doentes operados no âmbito do PECLEC.

Ao efectuar uma representação gráfica dos tempos agendados por dia da semana e a respectiva utilização de acordo com o mesmo critério, verificámos existir uma divergência na utilização do agendamento. Contudo, não sendo o objecto do nosso estudo, esta poderá ser explicada pela utilização do Bloco Operatório em PECLEC ou pela redistribuição dos tempos cirúrgicos aos quais não tivemos acesso. Contudo, não se vislumbra estar inerente uma tentativa de rentabilização das horas agendadas, pelos motivos que mais adiante apresentamos.

Centramos a nossa análise nos tempos cirúrgicos praticados por especialidade e de acordo com as percentagens apuradas, na taxa de ocupação do acto cirúrgico, existe uma necessidade em rentabilizar os tempos de agendamento disponíveis. De referir que esta é uma das recomendações feitas pelo Tribunal de Contas num relatório de auditoria entretanto publicado em 2005.

Por outro lado, o Bloco Operatório é uma unidade em contínua actividade e preparada para a entrada de um doente a qualquer momento. Como tal, dispõe de uma capacidade instalada superior ao agendamento e por isso também ela não rentabilizada. A este respeito entendemos que capacidade instalada não deve ser confundida com disponibilidade ou agendamento. A capacidade instalada de um Bloco Operatório congrega recursos humanos e físicos que estão em permanente funcionamento ou em permanente operacionalidade. A disponibilidade (agendamento) representa, as horas disponíveis para uma dada especialidade (com recursos físicos) tendo em conta o horário semanal previsto para os funcionários públicos (35 a 42 horas).

Verificada a ausência de qualquer outro critério, partimos do pressuposto de que para práticas idênticas não se verificaram tempos cirúrgicos diferentes nos dois hospitais e a partir de todos os tempos praticados no Bloco Operatório (Doente no Bloco, Doente na

Sala, Acto Anestésico e Acto Cirúrgico) aferimos que, existe uma baixa rentabilização dos tempos agendados nos dois hospitais. O tempo médio dos doentes no Bloco Operatório, permitiu igualmente concluir que existe um período de espera significativo até que o doente entre na sala de operações, evidenciando também aqui uma descoordenação nas actividades que decorrem entre a entrada e a saída dos doentes da sala de operações.

Do que precede parece-nos lícito afirmar que deverá haver uma preocupação dos gestores dos hospitais, na rentabilização desta actividade. Cabe-lhes promover o espírito de coesão de toda a equipa, congregando os conhecimentos e as capacidades de todos os intervenientes. As sinergias e as equipas em saúde são hoje uma realidade estrutural de qualquer organização de saúde. As organizações de saúde deverão deixar de ser entendidas como estruturas rígidas. Deverão ser dotadas de uma dinâmica, conforme as necessidades de saúde das populações que serve. O trabalho em equipa é hoje uma exigência, um desafio para todos os profissionais e uma experiência inovadora no campo da saúde susceptível de afectar positivamente tanto a satisfação dos utentes como a satisfação dos profissionais.

Os objectivos a que nos propusemos foram cumpridos com o estudo da lista da espera e dos tempos de espera. De acordo com os resultados obtidos não se nos vislumbra que o PECLEC seja uma solução a médio e longo prazo para o fenómeno das listas de espera, o seu impacto é momentâneo. O PECLEC teve uma aplicabilidade positiva em ambos os Hospitais e permitiu constatar que sem esta actividade extraordinária, a ocupação dos agendamentos previstos apresentariam resultados piores do que aqueles que foram obtidos. A teoria exponencial das listas de espera foi aqui posta em causa e o ritmo das chegadas na especialidade de Otorrino, revelou uma padronização. No início do trabalho vislumbrou-se-nos a possibilidade de efectuar uma análise qualitativa dos fenómenos observados. Contudo, os dados disponíveis e a falta de *timing* para efectuar um inquérito aos agentes envolvidos, assim não o permitiram.

Os programas de recuperação das listas de espera, normalmente envolvem milhares de Euros, poderiam funcionar em alternativa como prémios de actividade (incentivos), sendo para isso necessária uma autonomia dos Conselhos de Administração para efectuar negociações internas sustentadas em incentivos. Acresce ainda, a necessidade de responsabilizar os Conselhos de Administração pelos actos de gestão praticados.

Em nosso entender, torna-se necessário um correcto registo dos dados da actividade do Bloco Operatório, que por sua vez deverão ser centralizados numa base de dados do Ministério da Saúde de modo a obter informação necessária aos vários níveis de controlo e de decisão.

As listas de espera cirúrgicas são um fenómeno muito presente no dia a dia de inúmeras pessoas e uma temática muito presente na imprensa, no entanto, no decorrer deste trabalho deparamo-nos com dificuldades em encontrar bibliografia nacional acerca deste assunto. Para futura investigação gostaríamos de deixar em aberto a questão do financiamento hospitalar usado com estes programas.

Mencionamos, que o valor atribuído ao Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) em PECLEC foi designado em portaria própria. Ao comparar estes valores, com os atribuídos em actividade normal, verifica-se que os preços em PECLEC são inferiores. Por outro lado, apesar de inferior o valor do GDH em PECLEC é repartido entre equipa interveniente e o hospital.

Desde logo, parece-nos importante ponderar, se o Estado ao reduzir o financiamento do GDH não estará a penalizar o hospital que terá de fazer face a uma série de encargos. Por outro lado e de acordo com Pedro Pita Barros (2005:265) convém pensar se a produção adicional, extraordinária, de recuperação de listas de espera deve ou não ser remunerada de modo a financiar também a infra-estrutura, ou se deverá unicamente procurar cobrir o custo incremental. Ou seja, se o ponto de referência para esse pagamento deve ser o custo médio (incluindo portanto o custo fixo da infra-estrutura) ou se deverá ser o custo marginal.

No âmbito das listas de espera, parece-nos ainda importante uma determinação do custo da espera do doente. Como vimos, uma espera significativa pode ter um impacto, também ele económico.

ANEXOS

Quadro 1

Apuramento da lista de espera

unid:Doentes

LISTA PECLEC	EXPURGOS	LISTA PECLEC EXPURGADA
182.473	58.926	123.547

Fonte: Relatório nº 15/05 do Tribunal de Contas: Auditoria ao PECLEC

Quadro 2

Execução Nacional do PECLEC

REALIZADO NO SNS	REALIZADO NO SECTOR SOCIAL/PRIVADO	TOTAL	GRAU DE EXECUÇÃO		
			% EXECUÇÃO NO SNS	% EXECUÇÃO SECTOR SOCIAL/PRIVADO	% EXECUÇÃO GLOBAL
100.753	14.815	115.568	81,55%	11,99%	93,54%

Fonte: Relatório nº 15/05 do Tribunal de Contas: Auditoria ao PECLEC

Quadro 3

Número de doentes intervencionados

ARS	LISTA ESPERA EXPURGADA	SNS		SECTOR SOCIAL/PRIVADO		TOTAL	
		Nº HOSPITAIS	DOENTES INTERVENC.	Nº HOSPITAIS	DOENTES INTERVENC.	HOSPITAIS	DOENTES INTERVENC.
ARS NORTE	41.909	22	33.545	21	5.441	43	38.986
ARS CENTRO	38.182	25	33.042	16	2.458	41	35.500
ARS L.V.TEJO	33.730	24	26.573	18	5.496	42	32.069
ARS ALENTEJO	3.743	5	3.321			5	3.321
ARS ALGARVE	5.983	3	4.272	5	1.420	8	5.692
TOTAL	123.547	79	100.753	60	14.815	139	115.568

Fonte: Relatório nº 15/05 do Tribunal de Contas: Auditoria ao PECLEC

Quadro 4

Grau de execução por ARS

ARS	LISTA ESPERA EXPURGADA	DOENTES INTERVENCIONADOS ATÉ 31/10/2004	GRAU EXECUÇÃO	DOENTES A AGUARDAR CIRURGIA em 31/10/2004
ARS NORTE	41.909	38.986	93,03%	2.923
ARS CENTRO	38.182	35.500	92,98%	2.682
ARS L.V.TEJO	33.730	32.069	95,08%	1.661
ARS ALENTEJO	3.743	3.321	88,73%	422
ARS ALGARVE	5.983	5.692	95,14%	291
TOTAL	123.547	115.568	93,54%	7.979

Fonte: Relatório nº 15/05 do Tribunal de Contas: Auditoria ao PECLEC

Quadro 5

Nova Lista de Espera

ARS	Nova Lista Espera (em doentes)
	31-12-2003
ARS NORTE	61.970
ARS CENTRO	33.483
ARS L.V.TEJO	44.815
ARS ALENTEJO	4.703
ARS ALGARVE	10.015
TOTAL	154.986

Fonte: Relatório nº 15/05 do Tribunal de Contas: Auditoria ao PECLEC

Quadro 6

Intervenções Principais cirúrgicas realizadas em PECLEC

		H. AVEIRO	H. FEIRA
PECLEC			
OFTALMOLOGIA		200	0
	EXTRACCAO DE CATARATA NCOP	1	
	EXTRACCÕES EXTRACAPSULARES DO CRISTALINO NCOP	39	
	FACOEMULSIFICAÇÃO E ASPIRAÇÃO DE CATARATA	152	
	INSERÇÃO PROTESE INTRAOCULAR CRISTALINO SUCEDENDO A EXTRACCAO CA	5	
	OPERACOES NOS TENDOES E MUSCULOS EXTRAOCULARES NCOP	1	
	OPERACOES NUM MUSCULO EXTRAOCULAR NCOP	1	
	TRABECULECTOMIA AB EXTERNO	1	
ORTOPEDIA		22	31
	ARTRODESE DE OUTRAS ARTICULACOES ESPECIFICADAS		1
	EXCISAO DE DISCO INTERVERTEBRAL		3
	SUBSTITUICAO TOTAL DA ANCA	6	9
	SUBSTITUICAO TOTAL DE ARTICULACAO DO MEMBRO INFERIOR	1	
	SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	15	18
OTORRINO		67	148
	ADENOIDECTOMIA SEM AMIGDALECTOMIA	13	3
	AMIGDALECTOMIA (SEM ADENOIDECTOMIA)	2	1
	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	37	28
	CORDECTOMIA VOCAL	1	
	ESTAPEDECTOMIA		6
	EXCISAO DA UVULA		2
	EXCISAO DE LESAO DO OUVIDO MEDIO		1
	EXCISAO OU DESTRUICAO DE LESAO OU TECIDO DA LARINGE NCOP		1
	INCISAO DE MULTIPLOS SEIOS NASAIS		17
	LARINGOSCOPIA E TRAQUEOSCOPIA NCOP	3	
	MASTOIDECTOMIAS NCOP		2
	MIRINGOPLASTIA		13
	MIRINGOTOMIA COM INSERCAO DE TUBO		2
	MIRINGOTOMIAS NCOP	1	
	OPERACOES NA CADEIA OSSICULAR NCOP		1
	OPERACOES NA UVULA NCOP		1
	RECONSTRUCAO DE CANAL AUDITIVO EXTERNO		3
	RESSECCAO SUBMUCOSA DO SEPTO NASAL		42
	REVISAO DE MASTOIDECTOMIA		2
	REVISAO DE RINOPLASTIA		1
	REVISAO DE TIMPANOPLASTIA		2
	RINOPLASTIA NCOP	1	3
	SEPTOPLASTIAS NCOP	7	
	SINUSECTOMIA NCOP		1
	SINUSOTOMIA NCOP		5
	TIMPANOPLASTIA TIPO II		4
	TIMPANOPLASTIA TIPO III		2
	TIMPANOPLASTIA TIPO IV		1
	TIMPANOPLASTIAS NCOP		3
	TURBINECTOMIA POR DIATERMIA OU CRIOCIRURGIA	2	1
Total Geral		289	179

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

Quadro 7

Intervenções Principais cirúrgicas em PECLEC e actividade Programada

DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA	H. AVEIRO			H. FEIRA		
	PECLEC	PROD. PROGRAM. BASE	TOTAL	PECLEC	PROD. PROGRAM. BASE	TOTAL
OFTALMOLOGIA						
FACOEMLUSIFICACAO E ASPIRACAO DE CATARATA	152	275	427		1124	1124
EXTRACCOES EXTRACAPSULARES DO CRISTALINO NCOP	39	57	96		1	1
INSERCAO PROTESE INTRAOCULAR CRISTALINO SUCEDENDO A EXTRACCAO CA	5	12	17		1	1
EXTRACCAO DE CATARATA NCOP	1	8	9			
OPERACOES NOS TENDOES E MUSCULOS EXTRAOCULARES NCOP	1		1			
OPERACOES NUM MUSCULO EXTRAOCULAR NCOP	1		1		14	14
TRABECULECTOMIA AB EXTERNO	1	2	3		22	22
ORTOPEDIA						
SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	15	89	104	18	48	66
SUBSTITUICAO TOTAL DA ANCA	6	124	130	9	20	29
SUBSTITUICAO TOTAL DE ARTICULACAO DO MEMBRO INFERIOR	1	1	2			
OTORRINO						
AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	37	104	141	28	281	309
ADENOIDECTOMIA SEM AMIGDALECTOMIA	13	47	60	3	49	52
SEPTOPLASTIAS NCOP	7	21	28		1	1
LARINGOSCOPIA E TRAQUEOSCOPIA NCOP	3	11	14			
AMIGDALECTOMIA (SEM ADENOIDECTOMIA)	2	32	34	1	45	46
TURBINECTOMIA POR DIATERMIA OU CRIOCIRURGIA	2	2	4	1	2	3
CORDECTOMIA VOCAL	1		1			
IRINGOTOMIAS NCOP	1	6	7		4	4
IRINOPLASTIA NCOP	1		1	3	1	4

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

Quadro 8

Total Doentes Intervencionados por Hospital

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
H. Aveiro	245	39,5	39,5	39,5
H. Feira	375	60,5	60,5	100,0
Total	620	100,0	100,0	

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

Quadro 9

Tempo de Espera por Hospital, Tipo de Cirurgia e Especialidade

HOSPITAL DE AVEIRO

TEMPO DE ESPERA

H.AVEIRO	PECLEC	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	N	Valid	37
				Missing	0
			Mean		1471,027027
			Std. Error of Mean		63,25608716
			Median		1501
			Std. Deviation		384,7717568
			Variance		148049,3048
			Range		1756
			Minimum		375
			Maximum		2131
			Percentiles	25	1250
				50	1501
				75	1812,5
		SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	N	Valid	15
				Missing	0
			Mean		355,4666667
			Std. Error of Mean		35,17600192
			Median		325
			Std. Deviation		136,2360696
			Variance		18560,26667
			Range		567
			Minimum		209
			Maximum		776
			Percentiles	25	273
				50	325
				75	413
PROD. PROGRAMADA BASE		AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	N	Valid	104
				Missing	0
			Mean		680,0576923
			Std. Error of Mean		52,41393747
			Median		440
			Std. Deviation		534,5193799
			Variance		285710,9675
			Range		2189
			Minimum		0
			Maximum		2189
			Percentiles	25	315,75
				50	440
				75	1147,75
		SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	N	Valid	89
				Missing	0
			Mean		125,8988764
			Std. Error of Mean		9,199705842
			Median		120
			Std. Deviation		86,78985133
			Variance		7532,478294
			Range		444
			Minimum		0
			Maximum		444
			Percentiles	25	86,5
				50	120
				75	162

Fonte: H. Aveiro

HOSPITAL DE SANTA MARIA DA FEIRA

TEMPO DE ESPERA

H.FEIRA	PECLEC	AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	N	Valid	28
				Missing	0
			Mean		281,6428571
			Std. Error of Mean		8,367266513
			Median		264,5
			Std. Deviation		44,27541269
			Variance		1960,312169
			Range		211
			Minimum		198
			Maximum		409
			Percentiles	25	255
				50	264,5
				75	313,25
		SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	N	Valid	18
				Missing	0
			Mean		335,3888889
			Std. Error of Mean		2,282555169
			Median		333,5
			Std. Deviation		9,684061429
			Variance		93,78104575
			Range		35
			Minimum		323
			Maximum		358
			Percentiles	25	329
				50	333,5
				75	341
PROD. PROGRAMADA BASE		AMIGDALECTOMIA COM ADENOIDECTOMIA	N	Valid	281
				Missing	0
			Mean		151,7010676
			Std. Error of Mean		4,301775578
			Median		161
			Std. Deviation		72,11089896
			Variance		5199,981749
			Range		488
			Minimum		1
			Maximum		489
			Percentiles	25	111
				50	161
				75	192
		SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	N	Valid	48
				Missing	0
			Mean		298,6458333
			Std. Error of Mean		16,16823372
			Median		319
			Std. Deviation		112,0168091
			Variance		12547,76551
			Range		427
			Minimum		42
			Maximum		469
			Percentiles	25	247,75
				50	319
				75	364,25

Fonte: H. Feira

Quadro 10

Tempo de Espera por Hospital

Descriptive Statistics										
HOSPITAL	TIPO CIRURGIA	INTERVENÇÃO		N	Range	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	
AVEIRO	PECLEC	AMIGDALECTOMIA COM	t_espera	37	1756	375	2131	1471,03	384,772	
		ADENOIDECTOMIA	Valid N (listwise)	37						
		SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	t_espera	15	567	209	776	355,47	136,236	
			Valid N (listwise)	15						
	PROD. PROGRAMADA BASE	AMIGDALECTOMIA COM	t_espera	104	2189	0	2189	680,06	534,519	
		ADENOIDECTOMIA	Valid N (listwise)	104						
		SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	t_espera	89	444	0	444	125,90	86,790	
			Valid N (listwise)	89						
	FEIRA	PECLEC	AMIGDALECTOMIA COM	t_espera	28	211	198	409	281,64	44,275
			ADENOIDECTOMIA	Valid N (listwise)	28					
SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO			t_espera	18	35	323	358	335,39	9,684	
			Valid N (listwise)	18						
PROD. PROGRAMADA BASE		AMIGDALECTOMIA COM	t_espera	281	488	1	489	151,70	72,111	
		ADENOIDECTOMIA	Valid N (listwise)	281						
		SUBSTITUICAO TOTAL DO JOELHO	t_espera	48	427	42	469	298,65	112,017	
			Valid N (listwise)	48						

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

Quadro 11

Tempo de Espera por Hospital - Teste Student

Teste de Student: Tempo de Espera													
ESPECIALIDADE	DES_TIPO_CIRURGIA			Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
				F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
											Lower	Upper	
ORTOPEDIA	PECLEC	Tempo espera (dias)	Equal variances assumed	12,236	,001	,625	31	,536	20,078	32,105	-45,402	85,557	
			Equal variances not assumed			,570	14,118	,578	20,078	35,250	-55,467	95,622	
	PROD. PROGRAMADA BASE	Tempo espera (dias)	Equal variances assumed	4,391	,038	-10,014	135	,000	-172,747	17,250	-206,862	-138,632	
			Equal variances not assumed			-9,286	77,994	,000	-172,747	18,602	-209,781	-135,713	
	OTORRINO	PECLEC	Tempo espera (dias)	Equal variances assumed	35,620		16,245	63	,000	1189,384	73,216	1043,073	1335,695
				Equal variances not assumed			18,640	37,256	,000	1189,384	63,807	1060,129	1318,640
	PROD. PROGRAMADA BASE	Tempo espera (dias)	Equal variances assumed	713,924	,000	16,211	383	,000	528,357	32,593	464,272	592,441	
			Equal variances not assumed			10,047	104,391	,000	528,357	52,590	424,073	632,640	

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

Quadro 12

Tempos Cirúrgicos por Hospital

HOSPITAL DE AVEIRO

ACTO CIRURGICO

H.AVEIRO	ORTOPEDIA	PECLEC	N	Valid	15
				Missing	0
			Mean		76,1
			Std. Error of Mean		2,7
			Median		75
			Std. Deviation		10,5
			Variance		110,0
			Range		35
			Minimum		60
			Maximum		95
			Percentiles	25	70
				50	75
				75	85
			PROD. PROGRAMADA BASE	N	Valid
				Missing	89
					0
			Mean		83,3
			Std. Error of Mean		2,1
			Median		80
			Std. Deviation		20,2
			Variance		408,6
			Range		116
			Minimum		14
			Maximum		130
			Percentiles	25	70
				50	80
				75	95
	OTORRINO	PECLEC	N	Valid	37
				Missing	0
			Mean		35,9
			Std. Error of Mean		2,2
			Median		35
			Std. Deviation		13,2
			Variance		173,5
			Range		77
			Minimum		10
			Maximum		87
			Percentiles	25	28,5
				50	35
				75	40
			PROD. PROGRAMADA BASE	N	Valid
				Missing	104
					0
			Mean		30,2
			Std. Error of Mean		1,3
			Median		30
			Std. Deviation		12,9
			Variance		165,9
			Range		75
			Minimum		5
			Maximum		80
			Percentiles	25	20
				50	30
				75	39,3

HOSPITAL DE SANTA MARIA DA FEIRA

ACTO CIRURGICO

H.FEIRA	ORTOPEDIA	PECLEC	N	Valid	18
				Missing	0
			Mean		90,3
			Std. Error of Mean		5,6
			Median		90
			Std. Deviation		23,9
			Variance		572,0
			Range		95
			Minimum		35
			Maximum		130
			Percentiles	25	73,8
				50	90
				75	111,3
		PROD. PROGRAMADA BASE	N	Valid	48
				Missing	0
			Mean		106,6
			Std. Error of Mean		3,8
			Median		100
			Std. Deviation		26,3
			Variance		692,3
			Range		150
			Minimum		60
			Maximum		210
			Percentiles	25	90
				50	100
				75	115
	OTORRINO	PECLEC	N	Valid	28
				Missing	0
			Mean		27,0
			Std. Error of Mean		1,7
			Median		25
			Std. Deviation		9,2
			Variance		84,0
			Range		40
			Minimum		15
			Maximum		55
			Percentiles	25	20
				50	25
				75	30
		PROD. PROGRAMADA BASE	N	Valid	281
				Missing	0
			Mean		28,4
			Std. Error of Mean		0,7
			Median		25
			Std. Deviation		11,2
			Variance		126,4
			Range		75
			Minimum		5
			Maximum		80
			Percentiles	25	20
				50	25
				75	35

Fonte: H. Feira

Quadro 13

Tempos Cirúrgicos por Hospital Teste Student

		Independent Samples Test										
HOSPITAL	INTERVENÇÃO CIRURGICA		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
			F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper	
H. AVEIRO	Amigadalectomia c/ adenoidectomia	ACTO CIRURGICO	Equal variances assumed	,131	,718	2,310	139	,022	5,728	2,480	,825	10,632
			Equal variances not assumed			2,285	62,137	,026	5,728	2,507	,717	10,740
	Substituição total do joelho	ACTO CIRURGICO	Equal variances assumed	4,242	,042	-1,342	102	,183	-7,181	5,352	-17,796	3,434
			Equal variances not assumed			-2,080	34,849	,045	-7,181	3,453	-14,192	-,170
H. FEIRA	Amigadalectomia c/ adenoidectomia	ACTO CIRURGICO	Equal variances assumed	1,359	,245	-,636	307	,526	-1,395	2,195	-5,715	2,924
			Equal variances not assumed			-,751	35,634	,457	-1,395	1,857	-5,163	2,372
	Substituição total do joelho	ACTO CIRURGICO	Equal variances assumed	,008	,927	-2,302	64	,025	-16,347	7,102	-30,536	-2,159
			Equal variances not assumed			-2,405	33,442	,022	-16,347	6,797	-30,169	-2,526

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

Quadro 14

Teste de Simetria do Tempo de Espera

Teste da simetria			
Tempo de Espera (em dias)			
H. Aveiro	ORTOPEDIA	N	Valid 85
			Missing 19
		Mean	162,89
		Median	139
		Skewness	1,027
		Std. Error of Skewness	0,261
		Kurtosis	0,917
		Std. Error of Kurtosis	0,517
	OTORRINO	N	Valid 138
			Missing 3
		Mean	906,91
		Median	1032
H. Feira	ORTOPEDIA	N	Valid 66
			Missing 0
		Mean	308,67
		Median	329
		Skewness	-0,956
		Std. Error of Skewness	0,295
		Kurtosis	0,722
		Std. Error of Kurtosis	0,582
	OTORRINO	N	Valid 309
			Missing 0
		Mean	163,48
		Median	168
		Skewness	0,372
		Std. Error of Skewness	0,139
		Kurtosis	0,979
		Std. Error of Kurtosis	0,276

Quadro 15

Teste de Simetria do Tempo Cirúrgico

Teste da Simetria			
Tempo do Acto Cirúrgico (em minutos)			
H. Aveiro	ORTOPEDIA N	Valid	104
		Missing	0
		Mean	82,2788
		Median	80
		Skewness	0,13
		Std. Error of Skewness	0,237
		Kurtosis	1,237
		Std. Error of Kurtosis	0,469
	OTORRINO N	Valid	141
		Missing	0
		Mean	31,6667
		Median	30
		Skewness	1,133
		Std. Error of Skewness	0,204
		Kurtosis	2,759
		Std. Error of Kurtosis	0,406
H. Feira	ORTOPEDIA N	Valid	66
		Missing	0
		Mean	102,1667
		Median	100
		Skewness	1,182
		Std. Error of Skewness	0,295
		Kurtosis	4,041
		Std. Error of Kurtosis	0,582
	OTORRINO N	Valid	309
		Missing	0
		Mean	28,233
		Median	25
		Skewness	1,323
		Std. Error of Skewness	0,139
		Kurtosis	3,395
		Std. Error of Kurtosis	0,276

Quadro 16

HA: Indicadores dos Tempos Cirúrgicos e de Espera

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	245	53.15	29.73	56%	0.53	5	130
TEMPO DE ESPERA	245	578.33	590.93	102%	1.00	0	2189
TEMPO DE ESPERA**	229	618.74	590.42	95%	0.93	14	2189

** Retirando da amostra os tempos de espera nulos

Não existem missing values.

Quadro 17

HA: Distribuição Exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	TEMPO DE ESPERA
N		245	245(c)
Parâmetro da Distr. Exponential (a, b)	Média	53.15	618.74
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta	.244	.174
	Positiva	.099	.174
	Negativa	-.244	-.046
Kolmogorov-Smirnov Z		3.822	2.628
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)		.000	.000

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

c Foram retirados da amostra 16 valores fora do intervalo especificado para a distribuição (valores nulos).

Quadro 18

HF: Indicadores dos Tempos Cirúrgicos e de Espera

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	375	41.25	31.91	77%	1.91	5	210
TEMPO DE ESPERA**	375	189.03	99.39	53%	0.49	1	489

** Não existem tempos de espera nulos

Não existem missing values.

Quadro 19

HF: Distribuição exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	TEMPO DE ESPERA
N		375	375
Parâmetro da Distr. Exponential (a, b)	Média	41.25	189.03
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta	.281	.249
	Positiva	.144	.100
	Negativa	-.281	-.249
Kolmogorov-Smirnov Z		5.439	4.831
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)		.000	.000

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

Quadro 20

HA: Indicadores do Tempo Cirúrgico por Especialidade

TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
ORTOPEDIA	104	82.28	19.25	23%	0.13	14	130
OTORRINO	141	31.67	13.16	42%	1.13	5	87

Não existem *missing values*.

Quadro 21

HA: Indicadores do Tempo de Espera por Especialidade

TEMPO DE ESPERA	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
ORTOPEDIA	104	159.01	124.60	78%	1.60	0	776
ORTOPEDIA**	91	181.73	116.60	64%	2.01	18	776
OTORRINO	141	887.62	608.46	69%	0.22	0	2189
OTORRINO **	138	906.91	600.59	66%	0.21	14	2189

** Retirando da amostra os tempos de espera nulos

Não existem *missing values*.

Quadro 22

HA: Distribuição Exponencial Dos Tempos Cirúrgicos e de Espera por Especialidade

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ESPECIALIDADE	TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	TEMPO DE ESPERA
N			104	104(c)
Parâmetro da Distr. Exponential (a, b)	Média		82.28	181.73
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta	ORTOPEDIA	.460	.219
	Positiva		.209	.219
	Negativa		-.460	-.152
Kolmogorov-Smirnov Z			4.691	2.087
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)			.000	.000
N			141	141(d)
Parâmetro da Distr. Exponential (a, b)	Média		31.67	906.91
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta	OTORRINO	.355	.169
	Positiva		.142	.111
	Negativa		-.355	-.169
Kolmogorov-Smirnov Z			4.213	1.981
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)			.000	.001

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

c Foram retirados da amostra 13 valores fora do intervalo especificado para a distribuição (valores nulos).

d Foram retirados da amostra 3 valores fora do intervalo especificado para a distribuição (valores nulos).

Quadro 23

HA: Indicadores do Tempo Cirúrgico por tipo de Cirurgia

			Desvio	Coef.	Coef.		
TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	N	Média	Padrão	Variação	Assimetria	Mínimo	Máximo
PECLEC	52	47.50	22.17	47%	0.65	10	95
PROD. PROGRAMADA BASE	193	54.67	31.34	57%	0.45	5	130

Não existem *missing values*.

Quadro 24

HA: Indicadores do Tempo de Espera por tipo de Cirurgia

TEMPO DE ESPERA	N	Média	Desvio	Coef.	Coef.	Mínimo	Máximo
			Padrão	Variação	Assimetria		
PECLEC *	52	1149.23	608.31	53%	-0.26	209	2131
PROD. PROGRAMADA BASE	193	424.51	483.15	114%	1.50	0	2189
PROD. PROGRAMADA BASE **	177	462.89	486.61	105%	1.42	14	2189

* Não existem tempos de espera nulos

** Retirando da amostra os tempos de espera nulos

Não existem *missing values*.

Quadro 25

HA: Distribuição Exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera Por tipo de Cirurgia

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		TIPO DE CIRURGIA	TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	TEMPO DE ESPERA
N			52	52
Parâmetro da Distr. Exponential (a, b)	Média	PECLEC	47.50	1149.23
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta		.371	.255
	Positiva		.135	.157
	Negativa		-.371	-.255
Kolmogorov-Smirnov Z			2.674	1.835
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)			.000	.002
N			193	193(c)
Parâmetro da Distr. Exponential (a, b)	Média	PROD. PROGRAMADA BASE	54.67	462.89
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta		.223	.203
	Positiva		.096	.203
	Negativa		-.223	-.005
Kolmogorov-Smirnov Z			3.104	2.695
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)			.000	.000

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

c Foram retirados da amostra 16 valores fora do intervalo especificado para a distribuição (valores nulos).

Quadro 26

HF: Indicadores do Tempo Cirúrgico por Especialidade

TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	N	Média	Desvio	Coef.	Coef.	Mínimo	Máximo
			Padrão	Variação	Assimetria		
ORTOPEDIA	66	102.17	26.53	26%	1.18	35	210
OTORRINO	309	28.23	11.07	39%	1.32	5	80

Não existem *missing values*.

Quadro 27

HF: Indicadores do Tempo Espera por Especialidade

TEMPO DE ESPERA	N	Média	Desvio	Coef.	Coef.	Mínimo	Máximo
			Padrão	Variação	Assimetria		
ORTOPEDIA	66	308.67	96.80	31%	-0.96	42	469
OTORRINO	309	163.48	79.34	49%	0.37	1	489

Não existem *missing values*.

Quadro 28

HF: Distribuição Exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ESPECIALIDADE	TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	TEMPO DE ESPERA
N			66	66
Parâmetro da Distr. Exponential (a, b)	Média	ORTOPEDIA	102.17	308.67
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta		.451	.393
	Positiva		.206	.219
	Negativa		-.451	-.393
Kolmogorov-Smirnov Z			3.660	3.191
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)			.000	.000
N			309	309
Parâmetro da Distr. Exponential (a, b)	Média	OTORRINO	28.23	163.48
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta		.383	.270
	Positiva		.168	.130
	Negativa		-.383	-.270
Kolmogorov-Smirnov Z			6.733	4.739
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)			.000	.000

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

Quadro 29

HF: Indicadores do Tempo Cirúrgico por Tipo de Cirurgia

TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	N	Média	Desvio	Coef.	Coef.	Mínimo	Máximo
			Padrão	Variação	Assimetria		
PECLEC	46	51.74	35.25	68%	0.80	15	130
PROD. PROGRAMADA BASE	329	39.78	31.19	78%	2.14	5	210

Não existem *missing values*.

Quadro 30

HF: Indicadores do Tempo de Espera por Tipo de Cirurgia

TEMPO DE ESPERA	N	Média	Desvio	Coef.	Coef.	Mínimo	Máximo
			Padrão	Variação	Assimetria		
PECLEC	46	302.67	43.76	14%	-0.21	198	409
PROD. PROGRAMADA BASE	329	173.14	94.53	55%	0.82	1	489

Não existem *missing values*.

Quadro 31

HF: Distribuição Exponencial dos Tempos Cirúrgicos e de Espera Por tipo de Cirurgia

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		TIPO DE CIRURGIA	TEMPO DO ACTO CIRÚRGICO	TEMPO DE ESPERA
N			46	46
Parâmetro da Distr. Exponential (a, b)	Média	PECLEC	51.74	302.67
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta		.252	.511
	Positiva		.081	.284
	Negativa		-.252	-.511
Kolmogorov-Smirnov Z			1.707	3.469
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)			.006	.000
N			329	329
Parâmetro da Distr. Exponential (a, b)	Média	PROD. PROGRAMADA BASE	39.78	173.14
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta		.287	.251
	Positiva		.156	.095
	Negativa		-.287	-.251
Kolmogorov-Smirnov Z			5.202	4.560
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)			.000	.000

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

Quadro 32

Estatística Descritiva dos Doentes Intervencionados em 2003 por Hospital

HOSPITAL	Frequência	Percentagem
H Aveiro	1335	34.4
H Feira	2548	65.6
Total	3883	100.0

Não existem missing values.

Quadro 33

Estatística Descritiva dos Doentes Intervencionados em 2003 por Especialidade

	Frequência	Percentagem
ORTOPEDIA	2426	62.5
OTORRINO	1457	37.5
Total	3883	100.0

Não existem missing values.

Quadro 34

Estatística Descritiva dos Doentes Intervencionados em 2003 por Especialidade e Hospital

	ORTOPEDIA	OTORRINO
HÁ	965	370
HF	1461	1087
Total	2426	1457

Não existem missing values

Quadro 35

Estatística Descritiva dos Doentes Intervencionados em 2003 por Tipo de Cirurgia

	Frequência	Percentagem
PECLEC	268	6.9
PROD. PROGRAMADA BASE	3601	92.7
REOP. P/COMP. APOS 24HORAS	13	.3
REOPERACAO P/COMP. EM 24HORAS	1	.0
Total	3883	100.0

Não existem missing values.

Quadro 36

Estatística Descritiva dos Doentes Intervencionados em 2003 por Tipo de Cirurgia e Hospital

	PECLEC	PROD. PROGRAMADA BASE	REOP. P/COMP. APOS 24HORAS	REOPERACAO P/COMP. EM 24HORAS
HÁ	89	1232	13	1
HF	179	2369	0	0
Total	268	3601	13	1

Não existem missing values.

Quadro 37

Ano de Entrada na LE dos Doentes Intervencionados em 2003

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
1995	1	.0	.0
1996	2	.1	.1
1997	8	.2	.2
1998	18	.5	.5
1999	45	1.2	1.2
2000	49	1.3	1.3
2001	82	2.1	2.2
2002	1297	33.4	35.4
2003	2165	55.8	59.0
Total	3667	94.4	100.0
<i>missing values</i>	216	5.6	
Total	3883	100.0	

Existem 216 missing values.

Quadro 38

Distribuição das Entradas na LE dos Doentes Intervencionados em 2003

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Antes de 2002	1502	38.7	41.0
2003	2165	55.8	59.0
Total	3667	94.4	100.0
<i>missing values</i>	216	5.6	
Total	3883	100.0	

Existem 216 missing values.

Quadro 39

Tempo de Espera na LE dos Doentes Intervencionados em 2003

	N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
TEMPO DE ESPERA	3666	195.32	275.45	141%	4.30	0	2899

Existem 217 missing values. Uma observação tinha o valor (-4), pelo que foi eliminada.

Quadro 40

Semana de Entrada na LE dos Doentes Intervencionados em 2003

Semana de Entrada	Ano de entrada		Total	Semana de Entrada	Ano de entrada		Total
	Antes de 2002	2003			Antes de 2002	2003	
1	10	46	56	27	39	50	89
2	9	41	50	28	48	39	87
3	5	79	84	29	20	38	58
4	17	76	93	30	29	26	55
5	14	74	88	31	25	21	46
6	12	71	83	32	32	31	63
7	14	103	117	33	18	11	29
8	9	67	76	34	23	23	46
9	16	39	55	35	23	50	73
10	9	79	88	36	22	38	60
11	19	60	79	37	50	49	99
12	14	74	88	38	38	30	68
13	10	58	68	39	61	21	82
14	8	37	45	40	39	25	64
15	4	83	87	41	27	31	58
16	13	56	69	42	73	20	93
17	7	39	46	43	65	29	94
18	15	14	29	44	27	23	50
19	31	80	111	45	34	20	54
20	30	67	97	46	69	10	79
21	35	78	113	47	49	4	53
22	10	56	66	48	66	2	68
23	24	47	71	49	68	4	72
24	18	54	72	50	46	0	46
25	33	28	61	51	46	0	46
26	21	64	85	52	58	0	58
				Total	1502	2165	3667

Quadro 41

Semana de Entrada na LE dos Doentes Intervencionados em 2003 por Hospital

Semana de entrada	HA antes de 2003	HA em 2003	HF antes de 2003	HF em 2003
1	6	11	4	35
2	6	17	3	24
3	3	14	2	65
4	8	18	9	58
5	7	25	7	49
6	7	20	5	51
7	9	29	5	74
8	2	14	7	53
9	10	12	6	27
10	6	19	3	60
11	6	22	13	38
12	9	16	5	58
13	10	20	0	38
14	7	19	1	18
15	3	8	1	75
16	3	7	10	49
17	6	12	1	27
18	6	9	9	5
19	11	21	20	59
20	10	21	20	46
21	12	24	23	54
22	8	16	2	40
23	2	15	22	32
24	7	17	11	37
25	7	13	26	15
26	6	19	15	45
27	11	21	28	29
28	22	14	26	25
29	5	19	15	19
30	9	12	20	14
31	9	5	16	16
32	6	11	26	20
33	2	4	16	7
34	2	9	21	14
35	4	9	19	41
36	4	22	18	16
37	13	22	37	27
38	14	11	24	19
39	11	5	50	16
40	15	9	24	16
41	10	17	17	14
42	18	7	55	13
43	22	15	43	14
44	10	10	17	13
45	15	9	19	11
46	8	6	61	4
47	16	1	33	3
48	20	1	46	1
49	16	0	52	4
50	10	0	36	0
51	17	0	29	0
52	5	0	53	0
Total	471	677	1031	1488

Quadro 42

Número Entrada na LE dos Doentes Intervencionados em 2003 por Hospital

		N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
HA	Antes de 2003	52	9.06	5.09	56%	0.84	2	22
	Em 2003	52	13.02	7.31	56%	-0.14	0	29
HF	Antes de 2003	52	19.83	15.90	80%	0.92	0	61
	Em 2003	52	28.62	20.72	72%	0.51	0	75

Quadro 43

Distribuição de Poisson das Entradas por Semana – doentes Intervencionados em 2003

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		HA antes de 2003	HA em 2003	HF antes de 2003	HF em 2003
N		52	52	52	52
Parâmetro da Distr. de Poisson (a, b)					
	Média	9.06	13.02	19.83	28.62
Maiores Diferenças Extremas		Absoluta	.164	.218	.342
		Positiva	.164	.182	.342
		Negativa	-.130	-.218	-.188
Kolmogorov-Smirnov Z		1.181	1.571	2.467	3.055
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)		.123	.014	.000	.000

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

Quadro 44

Distribuição das Entradas na LE dos doentes Intervencionados em 2003 – Hospital

Aveiro

Semana	HA - ORTOPEDIA - antes de 2003	HA - ORTOPEDIA - em 2003	HA - OTORRINO - antes de 2003	HA - OTORRINO - em 2003
1	0	9	6	2
2	0	16	6	1
3	1	13	2	1
4	0	16	8	2
5	0	21	7	4
6	0	17	7	3
7	0	27	9	2
8	1	11	1	3
9	2	11	8	1
10	1	17	5	2
11	2	18	4	4
12	3	15	6	1
13	1	18	9	2
14	1	15	6	4
15	1	6	2	2
16	1	6	2	1
17	0	12	6	0
18	1	9	5	0
19	4	15	7	6
20	3	18	7	3
21	7	22	5	2
22	3	14	5	2
23	0	10	2	5
24	3	15	4	2
25	3	13	4	0
26	4	19	2	0
27	4	19	7	2
28	8	13	14	1
29	1	16	4	3
30	2	11	7	1
31	2	4	7	1
32	3	11	3	0
33	0	3	2	1
34	0	6	2	3
35	2	9	2	0
36	3	22	1	0
37	11	21	2	1
38	8	11	6	0
39	10	5	1	0
40	7	7	8	2
41	4	15	6	2
42	11	7	7	0
43	15	13	7	2
44	6	8	4	2
45	8	9	7	0
46	3	5	5	1
47	10	0	6	1
48	16	1	4	0
49	11	0	5	0
50	6	0	4	0
51	13	0	4	0
52	4	0	1	0
Total	210	599	261	78

Quadro 45

Número de Entradas na Leds Doentes Intervencionados em 2003 - Hospital de Aveiro

		N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
ORTOPEDIA	Antes de 2003	52	4.04	4.22	104%	1.21	0	16
	Em 2003	52	11.52	6.62	57%	-0.07	0	27
OTORRINO	Antes de 2003	52	5.02	2.60	52%	0.57	1	14
	Em 2003	52	1.50	1.43	96%	0.99	0	6

Quadro 46

Distribuição de Poisson das Entradas por Semana – Hospital de Aveiro

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		HA - ORTOPEDIA - antes de 2003	HA - ORTOPEDIA - em 2003	HA - OTORRINO - antes de 2003	HA - OTORRINO - em 2003
N		52	52	52	52
Parâmetro da Distr. de Poisson (a, b)	Média	4.04	11.52	5.02	1.50
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta	.277	.198	.127	.085
	Positiva	.277	.190	.127	.085
	Negativa	-.158	-.198	-.074	-.031
Kolmogorov-Smirnov Z		1.994	1.430	.916	.610
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)		.001	.034	.372	.851

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

Quadro 47

Número de Entradas na LE por Tipo de Cirurgia – Hospital de Aveiro

Semana	HA - PECLEC - antes de 2003	HA - PECLEC - em 2003	HA - PROD. PROGRAMADA BASE - antes de 2003	HA - PROD. PROGRAMADA BASE - em 2003
1	2	0	4	11
2	3	0	3	17
3	2	0	1	14
4	3	0	5	18
5	2	0	5	25
6	0	0	7	20
7	5	0	4	29
8	0	0	2	14
9	1	0	9	12
10	2	0	4	19
11	4	0	2	22
12	2	0	7	16
13	1	0	9	20
14	6	0	1	19
15	0	0	3	8
16	1	0	2	7
17	2	0	4	12
18	4	0	2	9
19	4	0	7	21
20	2	0	8	21
21	4	0	8	24
22	2	0	6	16
23	1	0	1	15
24	2	0	5	17
25	5	0	2	13
26	2	0	4	19
27	0	0	11	21
28	2	0	20	14
29	0	0	5	19
30	2	0	7	12
31	1	0	8	5
32	1	0	5	11
33	0	0	2	4
34	1	0	1	9
35	0	0	4	9
36	0	0	4	22
37	0	0	13	22
38	2	0	12	11
39	0	0	11	5
40	1	0	14	9
41	0	0	10	17
42	1	0	17	7
43	1	0	21	15
44	2	0	8	10
45	2	0	13	9
46	0	0	8	6
47	1	0	15	1
48	1	0	19	1
49	0	0	16	0
50	0	0	10	0
51	0	0	17	0
52	0	0	5	0
Total	80	0	391	677

Quadro 48

Número de Entradas na LE por Semana e Tipo de Cirurgia – Hospital de Aveiro

		N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
PECLEC	Antes de 2003	52	1.54	1.51	98%	1.05	0	6
	Em 2003	52	0.00	0.00			0	0
PROD. PROGRAMADA BASE	Antes de 2003	52	7.52	5.36	71%	0.90	1	21
	Em 2003	52	13.02	7.31	56%	-0.14	0	29

Quadro 49

Distribuição de Poisson das Entradas por Semana por Tipo de Cirurgia – Hospital de Aveiro

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		HA - PECLEC - antes de 2003	HA - PECLEC - em 2003	HA - PROD. PROGRAMADA BASE - antes de 2003	HA - PROD. PROGRAMADA BASE - em 2003
N		52	52(c)	52	52
Parâmetro da Distr. de Poisson (a, b)	Média	1.54	.	7.52	13.02
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta	.093		.241	.218
	Positiva	.093		.241	.182
	Negativa	-.064		-.149	-.218
Kolmogorov-Smirnov Z		.670		1.741	1.571
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)		.760		.005	.014

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

c Todos os valores nulos.

Quadro 50

Distribuição das Entradas na LE dos Doentes Intervencionados em 2003– Hospital da Feira

Semana	HF - ORTOPEDIA - antes de 2003	HF - ORTOPEDIA - em 2003	HF - OTORRINO - antes de 2003	HF - OTORRINO - em 2003
1	0	11	4	24
2	0	5	3	19
3	0	45	2	20
4	0	28	9	30
5	2	23	5	26
6	0	29	5	22
7	1	47	4	27
8	0	32	7	21
9	0	6	6	21
10	0	48	3	12
11	10	25	3	13
12	4	44	1	14
13	0	20	0	18
14	0	7	1	11
15	0	56	1	19
16	10	27	0	22
17	1	17	0	10
18	1	2	8	3
19	1	43	19	16
20	7	37	13	9
21	9	36	14	18
22	1	29	1	11
23	3	21	19	11
24	0	29	11	8
25	15	10	11	5
26	1	30	14	15
27	15	20	13	9
28	11	19	15	6
29	5	8	10	11
30	14	8	6	6
31	7	12	9	4
32	7	15	19	5
33	10	5	6	2
34	6	6	15	8
35	9	33	10	8
36	5	13	13	3
37	12	22	25	5
38	7	14	17	5
39	32	12	18	4
40	7	12	17	4
41	12	14	5	0
42	41	11	14	2
43	26	11	17	3
44	10	10	7	3
45	4	5	15	6
46	44	3	17	1
47	17	2	16	1
48	17	1	29	0
49	21	2	31	2
50	8	0	28	0
51	9	0	20	0
52	47	0	6	0
Total	469	965	562	523

Quadro 51

Número de Entradas na LE dos Doentes Intervencionados em 2003 – Hospital da Feira

		N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
ORTOPEDIA	Antes de 2003	52	9.02	11.25	125%	1.97	0	47
	Em 2003	52	18.56	14.63	79%	0.74	0	56
OTORRINO	Antes de 2003	52	10.81	7.89	73%	0.62	0	31
	Em 2003	52	10.06	8.25	82%	0.67	0	30

Quadro 52

Distribuição de Poisson das entradas por semana – Hospital de Feira

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		HF - ORTOPEDIA - antes de 2003	HF - ORTOPEDIA - em 2003	HF - OTORRINO - antes de 2003	HF - OTORRINO - em 2003
N		52	52	52	52
Parâmetro da Distr. de Poisson (a, b)	Média	9.02	18.56	10.81	10.06
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta	.369	.389	.298	.339
	Positiva	.369	.389	.298	.339
	Negativa	-.150	-.269	-.201	-.235
Kolmogorov-Smirnov Z		2.659	2.802	2.147	2.444
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)		.000	.000	.000	.000

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

Quadro 53

Número de Entradas na LE por tipo de Cirurgia – Hospital da Feira

Semana	HF - PECLEC - antes de 2003	HF - PECLEC - em 2003	HF - PROD. PROGRAMADA BASE - antes de 2003	HF - PROD. PROGRAMADA BASE - em 2003
1	1	0	3	35
2	2	0	1	24
3	1	0	1	65
4	6	0	3	58
5	6	0	1	49
6	4	0	1	51
7	3	0	2	74
8	5	0	2	53
9	6	0	0	27
10	3	0	0	60
11	6	0	7	38
12	1	0	4	58
13	0	0	0	38
14	0	0	1	18
15	0	0	1	75
16	4	0	6	49
17	1	0	0	27
18	8	0	1	5
19	19	0	1	59
20	14	0	6	46
21	15	0	8	54
22	0	0	2	40
23	15	0	7	32
24	5	0	6	37
25	19	0	7	15
26	10	0	5	45
27	0	0	28	29
28	2	0	24	25
29	1	0	14	19
30	2	0	18	14
31	0	0	16	16
32	1	0	25	20
33	0	0	16	7
34	0	0	21	14
35	0	0	19	41
36	1	0	17	16
37	0	0	37	27
38	0	0	24	19
39	0	0	50	16
40	1	0	23	16
41	0	0	17	14
42	0	0	55	13
43	1	0	42	14
44	0	0	17	13
45	2	0	17	11
46	1	0	60	4
47	0	0	33	3
48	5	0	41	1
49	2	0	50	4
50	5	0	31	0
51	0	0	29	0
52	0	0	53	0
Total	178		853	1488

Quadro 54

Número de Entradas na LE por semana e Tipo de Cirurgia Hospital da Feira

		N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
PECLEC	Antes de 2003	52	3.42	4.94	144%	1.93	0	19
	Em 2003	52	0.00	0.00			0	0
PROD. PROGRAMADA BASE	Antes de 2003	52	16.40	16.93	103%	1.04	0	60
	Em 2003	52	28.62	20.72	72%	0.51	0	75

Quadro 55

Distribuição de Poisson das entradas por semana por Tipo de Cirurgia – Hospital de Feira

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		HF - PECLEC - antes de 2003	HF - PECLEC - em 2003	HF - PROD. PROGRAMADA BASE - antes de 2003	HF - PROD. PROGRAMADA BASE - em 2003
N		52	52(c)	52	52
Parâmetro da Distr. de Poisson (a, b)	Média	3.42	.	16.40	28.62
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta	.394		.482	.424
	Positiva	.394		.482	.424
	Negativa	-.113		-.242	-.293
Kolmogorov-Smirnov Z		2.843		3.479	3.055
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)		.000		.000	.000

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

c Todos os valores nulos.

Quadro 56

Estatística Descritiva dos Doentes em Espera em 31/12/2003 por Hospital

	Frequência	Porcentagem
HA	953	43,4
HF	1245	56,6
Total	2198	100,0

Não existem *missing values*.

Quadro 57

Estatística Descritiva dos Doentes em Espera em 31/12/2003 por Especialidade

	Frequência	Percentagem
ORTOPEDIA	887	40,4
OTORRINO	1311	59,6
Total	2198	100,0

Não existem missing values.

Quadro 58

Estatística Descritiva dos Doentes em Espera em 31/12/2003 por Especialidade e Hospital

	ORTOPEDIA	OTORRINO
HA	194	759
HF	693	552
Total	887	1311

Não existem missing values

Quadro 59

Ano de Entrada na LE dos Doentes em Espera em 31/12/2003

	Frequência	Percentagem
1994	1	,0
1995	5	,2
1996	13	,6
1997	23	1,0
1998	17	,8
1999	25	1,1
2000	68	3,1
2001	172	7,8
2002	255	11,6
2003	1619	73,7
Total	2198	100,0

Não existem missing values.

Quadro 60

Distribuição das entradas na LE dos Doentes em Espera em 31/12/2003

	Frequência	Percentagem
Antes de 2003	579	26,3
2003	1619	73,7
Total	2198	100,0

Não existem missing values.

Quadro 61

Semana de Entrada na LE dos Doentes em Espera em 31/12/2003

Semana de Entrada	Ano de entrada		Total	Semana de Entrada	Ano de entrada		Total
	Antes de 2003	2003			Antes de 2003	2003	
1	6	14	20	27	11	20	31
2	16	4	20	28	6	22	28
3	12	15	27	29	7	17	24
4	13	16	29	30	4	17	21
5	14	13	27	31	6	16	22
6	15	13	28	32	1	8	9
7	6	13	19	33	1	7	8
8	11	22	33	34	7	13	20
9	10	6	16	35	4	39	43
10	18	15	33	36	7	35	42
11	12	17	29	37	7	56	63
12	20	14	34	38	10	46	56
13	10	18	28	39	12	68	80
14	9	11	20	40	9	58	67
15	12	24	36	41	12	55	67
16	16	12	28	42	19	60	79
17	10	5	15	43	11	71	82
18	8	4	12	44	12	68	80
19	19	20	39	45	10	68	78
20	17	21	38	46	13	79	92
21	15	29	44	47	10	77	87
22	7	23	30	48	17	45	62
23	7	17	24	49	25	67	92
24	7	33	40	50	15	107	122
25	20	21	41	51	12	70	82
26	13	19	32	52	8	11	19
				Total	579	1619	2198

Quadro 62

Semana de Entrada na LE dos Doentes em Espera em 31/12/2003 por Hospital

Semana de entrada	HA antes de 2003	HA em 2003	HF antes de 2003	HF em 2003
1	6	9	0	5
2	16	4	0	0
3	12	2	0	13
4	13	9	0	7
5	14	1	0	12
6	15	7	0	6
7	6	3	0	10
8	11	11	0	11
9	10	5	0	1
10	18	5	0	10
11	12	4	0	13
12	20	4	0	10
13	9	7	1	11
14	9	5	0	6
15	12	3	0	21
16	16	8	0	4
17	10	1	0	4
18	8	1	0	3
19	19	8	0	12
20	17	4	0	17
21	15	6	0	23
22	7	4	0	19
23	7	2	0	15
24	7	4	0	29
25	19	5	1	16
26	13	3	0	16
27	11	4	0	16
28	6	5	0	17
29	7	5	0	12
30	3	5	1	12
31	5	1	1	15
32	1	3	0	5
33	1	2	0	5
34	6	1	1	12
35	3	3	1	36
36	6	4	1	31
37	5	10	2	46
38	9	8	1	38
39	6	22	6	46
40	7	18	2	40
41	10	13	2	42
42	13	15	6	45
43	10	15	1	56
44	12	20	0	48
45	8	19	2	49
46	8	21	5	58
47	9	23	1	54
48	10	11	7	34
49	23	15	2	52
50	14	31	1	76
51	10	23	2	47
52	2	5	6	6
Total	526	427	53	1192

Quadro 63

Números de Entrada na LE dos Doentes em Espera em 31/12/2003 por Hospital

		N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
HA	Antes de 2003	52	10.12	5.00	49%	0.42	1	23
	Em 2003	52	8.21	7.12	87%	1.34	1	31
HF	Antes de 2003	52	1.02	1.79	175%	2.22	0	7
	Em 2003	52	22.92	18.69	82%	0.89	0	76

Quadro 64

Distribuição de Poisson das entradas por semana - Doentes em Espera em 31/12/2003

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		HA antes de 2003	HA em 2003	HF antes de 2003	HF em 2003
N		52	52	52	52
Parâmetro da Distr. de Poisson (a, b)	Média	10,12	8,21	1,02	22,92
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta	,136	,385	,216	,473
	Positiva	,136	,385	,216	,473
	Negativa	-,103	-,190	-,092	-,290
Kolmogorov-Smirnov Z		,982	2,777	1,558	3,413
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)		,290	,000	,016	,000

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

Quadro 65

Distribuição das Entradas na LE dos Doentes em Espera em 31/12/2003 no Hospital de Aveiro

Semana	HA - ORTOPEDIA - antes de 2003	HA - ORTOPEDIA - em 2003	HA - OTORRINO - antes de 2003	HA - OTORRINO - em 2003
1	0	0	6	9
2	0	0	16	4
3	0	0	12	2
4	0	0	13	9
5	0	0	14	1
6	0	0	15	7
7	0	0	6	3
8	0	0	11	11
9	0	0	10	5
10	0	0	18	5
11	0	0	12	4
12	0	0	20	4
13	0	0	9	7
14	0	0	9	5
15	0	0	12	3
16	0	0	16	8
17	0	0	10	1
18	0	0	8	1
19	0	0	19	8
20	0	0	17	4
21	0	0	15	6
22	0	0	7	4
23	0	0	7	2
24	0	0	7	4
25	0	0	19	5
26	0	0	13	3
27	0	0	11	4
28	0	0	6	5
29	0	0	7	5
30	0	0	3	5
31	0	0	5	1
32	0	0	1	3
33	0	0	1	2
34	0	0	6	1
35	0	2	3	1
36	0	1	6	3
37	0	1	5	9
38	0	6	9	2
39	0	12	6	10
40	0	13	7	5
41	0	10	10	3
42	0	7	13	8
43	0	12	10	3
44	0	15	12	5
45	0	12	8	7
46	0	14	8	7
47	0	19	9	4
48	0	9	10	2
49	0	14	23	1
50	0	23	14	8
51	0	19	10	4
52	0	5	2	0
Total	0	194	526	233

Quadro 66

Número de Entradas na LE dos Doentes em Espera em 31/12/2003 no Hospital de Aveiro

		N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
ORTOPEDIA	Antes de 2003	52	0.00	0.00			0	0
	Em 2003	52	3.73	6.33	170%	1.53	0	23
OTORRINO	Antes de 2003	52	10.12	5.00	49%	0.42	1	23
	Em 2003	52	4.48	2.68	60%	0.51	0	11

Quadro 67

Distribuição de Poisson das Entradas por Semana – Hospital de Aveiro

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		HA - ORTOPEDIA - antes de 2003	HA - ORTOPEDIA - em 2003	HA - OTORRINO - antes de 2003	HA - OTORRINO - em 2003
N		52(c)	52	52	52
Parâmetro da Distr. de Poisson (a, b)	Média		3,73	10,12	4,48
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta		,630	,136	,092
	Positiva		,630	,136	,092
	Negativa		-,216	-,103	-,088
Kolmogorov-Smirnov Z			4,542	,982	,662
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)			,000	,290	,773

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

c Média = 0,000, não permite aplicar a distribuição de Poisson.

Quadro 68

Distribuição das Entradas na LE dos Doentes em Espera em 31/12/2003 no Hospital da Feira

Semana	HF - ORTOPEDIA - antes de 2003	HF - ORTOPEDIA - em 2003	HF - OTORRINO - antes de 2003	HF - OTORRINO - em 2003
1	0	4	0	1
2	0	0	0	0
3	0	11	0	2
4	0	6	0	1
5	0	11	0	1
6	0	3	0	3
7	0	10	7	7
8	0	7	0	4
9	0	0	0	1
10	0	8	0	2
11	0	12	0	1
12	0	10	0	0
13	0	7	1	4
14	0	0	0	6
15	0	13	0	8
16	0	2	0	2
17	0	2	0	2
18	0	2	0	1
19	0	7	0	5
20	0	7	0	10
21	0	8	0	15
22	0	9	0	10
23	0	8	0	7
24	0	15	0	14
25	0	8	1	8
26	0	10	0	6
27	0	8	0	8
28	0	11	0	6
29	0	3	0	9
30	0	1	1	11
31	0	4	1	11
32	0	2	0	3
33	0	3	0	2
34	0	5	1	7
35	0	25	1	11
36	0	15	1	16
37	2	26	0	20
38	0	19	1	19
39	6	27	0	19
40	0	20	2	20
41	2	25	0	17
42	5	28	1	17
43	1	23	0	33
44	0	27	0	21
45	1	21	1	28
46	5	36	0	22
47	0	27	1	27
48	7	11	0	23
49	1	32	1	20
50	1	45	0	31
51	2	25	0	22
52	5	6	1	0
Total	38	655	15	537

Quadro 69

Número de Entradas na LE dos Doentes em Espera em 31/12/2003 no Hospital da Feira

		N	Média	Desvio Padrão	Coef. Variação	Coef. Assimetria	Mínimo	Máximo
ORTOPEDIA	Antes de 2003	52	0.73	1.70	233%	2.54	0	7
	Em 2003	52	12.60	10.54	84%	1.02	0	45
OTORRINO	Antes de 2003	52	0.42	1.05	249%	5.01	0	7
	Em 2003	52	10.46	9.05	87%	0.75	0	33

Quadro 70

Distribuição de Poisson das Entradas por Semana – Hospital da Feira

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		HF - ORTOPEDIA - antes de 2003	HF - ORTOPEDIA - em 2003	HF - OTORRINO - antes de 2003	HF - OTORRINO - em 2003
N		52	52	52	52
Parâmetro da Distr. de Poisson (a, b)	Média	,73	12,60	,42	10,46
Maiores Diferenças Extremas	Absoluta	,288	,361	,057	,325
	Positiva	,288	,361	,057	,325
	Negativa	-,095	-,237	-,019	-,250
Kolmogorov-Smirnov Z		2,075	2,604	,408	2,340
Asymp. Sig. (2-tailed) – Valor de prova (p-value)		,000	,000	,996	,000

a Testar a Distribuição Exponencial.

b Calculado a partir dos dados.

Quadro 71

Doentes Operados por Dia da Semana e por Hospital

DOENTES OPERADOS POR DIA DA SEMANA						
HOSPITAL	ESPECIALIDADE		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
H. AVEIRO	ORTOPEDIA	Valid	DOM	4	1,0	1,0
			QUA	19	4,5	5,5
			QUI	97	23,1	28,6
			SAB	4	1,0	29,5
			SEG	77	18,3	47,9
			SEX	120	28,6	76,4
			TER	99	23,6	100,0
			Total	420	100,0	100,0
	OTORRINO	Valid	DOM	1	,8	,8
			QUA	39	31,0	31,7
			QUI	11	8,7	40,5
			SAB	15	11,9	52,4
			SEG	56	44,4	96,8
			SEX	3	2,4	99,2
			TER	1	,8	100,0
			Total	126	100,0	100,0
H. FEIRA	ORTOPEDIA	Valid	DOM	1	,2	,2
			QUA	99	19,0	19,2
			QUI	99	19,0	38,2
			SAB	9	1,7	39,9
			SEG	97	18,6	58,5
			SEX	116	22,3	80,8
			TER	100	19,2	100,0
			Total	521	100,0	100,0
	OTORRINO	Valid	QUA	3	,9	,9
			QUI	118	34,2	35,1
			SAB	30	8,7	43,8
			SEG	117	33,9	77,7
			SEX	73	21,2	98,8
			TER	4	1,2	100,0
			Total	345	100,0	100,0

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

Quadro 72

Horas de Bloco Disponíveis por Hospital e Dia da Semana

AGENDAMENTO DO BLOCO - HORAS DISPONÍVEIS					
funcionam					
H AVEIRO	QUI	ORTOPEDIA	N	TEMPOS	2
				Missing	0
			TOTAL HORAS		14,00
	SEG	ORTOPEDIA	N	TEMPOS	1
				Missing	0
			TOTAL HORAS		10,00
		OTORRINO	N	TEMPOS	1
				Missing	0
			TOTAL HORAS		10,00
	SEX	ORTOPEDIA	N	TEMPOS	2
				Missing	0
			TOTAL HORAS		18,00
	TER	ORTOPEDIA	N	TEMPOS	1
				Missing	0
			TOTAL HORAS		10,00
H FEIRA	QUI	ORTOPEDIA	N	TEMPOS	2
				Missing	0
			TOTAL HORAS		22,00
		OTORRINO	N	TEMPOS	2
				Missing	0
			TOTAL HORAS		16,00
	SEG	ORTOPEDIA	N	TEMPOS	2
				Missing	0
			TOTAL HORAS		22,00
		OTORRINO	N	TEMPOS	2
				Missing	0
			TOTAL HORAS		22,00
	SEX	ORTOPEDIA	N	TEMPOS	2
				Missing	0
			TOTAL HORAS		22,00
	OTORRINO	N	TEMPOS	1	
			Missing	0	
		TOTAL HORAS		11,00	
H FEIRA	TER	ORTOPEDIA	N	TEMPOS	2
				Missing	0
			TOTAL HORAS		22,00
		OTORRINO	N	TEMPOS	1
				Missing	0
			TOTAL HORAS		11,00
	QUA	ORTOPEDIA	N	TEMPOS	2
				Missing	0
			TOTAL HORAS		17,00
		OTORRINO	N	TEMPOS	1
				Missing	0
			TOTAL HORAS		23,98
	SAB	OTORRINO	N	TEMPOS	2
				Missing	0
			TOTAL HORAS		19,00

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

Quadro 73

Semana de Maior Actividade

Estatística Descritiva das semanas de trabalho			
SEMANA			
H AVEIRO	ORTOPEDIA	N	Valid 420
			Missing 0
		Mean	25,27
		Median	25,00
		Std. Deviation	15,013
		Minimum	1
		Maximum	52
	OTORRINO	N	Valid 126
			Missing 0
		Mean	27,58
		Median	26,00
		Std. Deviation	15,060
		Minimum	1
		Maximum	52
H FEIRA	ORTOPEDIA	N	Valid 521
			Missing 0
		Mean	25,50
		Median	25,00
		Std. Deviation	14,682
		Minimum	1
		Maximum	51
	OTORRINO	N	Valid 345
			Missing 0
		Mean	21,78
		Median	19,00
		Std. Deviation	14,666
		Minimum	1
		Maximum	51

Fonte: H. Aveiro e H. Feira

Quadro 74

Doentes Operados

ESTATISTICA DESCRITIVA DOS DOENTES OPERADOS

N_DOENTES			
ORTOPEDIA	N	Valid	420
		Missing	0
	Mean		2,46
	Std. Error of Mean		,100
	Median		2,00
	Std. Deviation		2,051
	Minimum		1
	Maximum		10
	Percentiles	25	1,00
		50	2,00
		75	3,00
H AVEIRO	N	Valid	126
		Missing	0
	Mean		2,96
	Std. Error of Mean		,148
	Median		3,00
	Std. Deviation		1,666
	Minimum		1
	Maximum		8
	Percentiles	25	1,00
		50	3,00
		75	4,00
ORTOPEDIA	N	Valid	521
		Missing	0
	Mean		2,80
	Std. Error of Mean		,055
	Median		3,00
	Std. Deviation		1,251
	Minimum		1
	Maximum		6
	Percentiles	25	2,00
		50	3,00
		75	4,00
H FEIRA	N	Valid	345
		Missing	0
	Mean		3,15
	Std. Error of Mean		,097
	Median		3,00
	Std. Deviation		1,808
	Minimum		1
	Maximum		9
	Percentiles	25	2,00
		50	3,00
		75	4,00

Quadro 75

Distribuição das Horas por Acto Médico

Distribuição dos actos médicos							
HOSPITAL	ESPECIALIDADE			DOENTE NO BLOCO	DOENTE NA SALA	ACTO ANESTESICO	ACTO CIRURGICO
Aveiro	ORTOPEDIA	N	Valid	0	104	103	104
			Missing	104	0	1	0
	OTORRINO	N	Valid	0	141	141	141
			Missing	141	0	0	0
Feira	ORTOPEDIA	N	Valid	66	66	66	66
			Missing	0	0	0	0
	OTORRINO	N	Valid	308	309	308	309
			Missing	1	0	1	0

Quadro 76

Acto Cirúrgico

MÉDIA DO ACTO CIRURGICO POR ESPECIALIDADE

T_ACTO_CIRURGICO			
H AVEIRO	N	Valid	1027
		Missing	5
	Mean		45,8247
	Std. Error of Mean		1,23391
	Median		35,0000
	Std. Deviation		39,54286
	ORTOPEDIA	Variance	1563,638
		Range	262,00
		Minimum	3,00
		Maximum	265,00
		25	13,0000
		50	35,0000
		75	70,0000
	Percentiles		
H FEIRA	N	Valid	373
		Missing	0
	Mean		39,8901
	Std. Error of Mean		2,78592
	Median		30,0000
	Std. Deviation		53,80497
	OTORRINO	Variance	2894,974
		Range	870,00
		Minimum	5,00
		Maximum	875,00
		25	20,0000
		50	30,0000
		75	40,0000
	Percentiles		
H FEIRA	N	Valid	1460
		Missing	1
	Mean		56,6329
	Std. Error of Mean		1,23943
	Median		40,0000
	Std. Deviation		47,35851
	ORTOPEDIA	Variance	2242,829
		Range	313,00
		Minimum	2,00
		Maximum	315,00
		25	20,0000
		50	40,0000
		75	80,0000
	Percentiles		
H FEIRA	N	Valid	1087
		Missing	0
	Mean		49,6762
	Std. Error of Mean		1,08660
	Median		40,0000
	Std. Deviation		35,82470
	OTORRINO	Variance	1283,409
		Range	265,00
		Minimum	5,00
		Maximum	270,00
		25	25,0000
		50	40,0000
		75	65,0000
	Percentiles		

BIBLIOGRAFIA

Livros e Publicações

- **Abergavenny, R. D.** (2002). *“Managers manipulated waiting lists to meet targets, auditors reveal”*. BMJ; pg. 324:10, 05.
- **Abergavenny, R. D.** (2002). *“Older people in queues for surgery might make way for younger people”*. BMJ; pg. 324:1544.
- **Abergavenny, R. D.** (2004). *“Staff may be disciplined over “fiddling” waiting lists”*. BMJ; pg. 328:1220.
- **Ackee, A. V. e Smith, P. C.** (1999). *“A dynamic model of National Health Service waiting lists”*. Business School. University York. London.
- **Ackee, A. V. e Smith, P. C.** (1999). *“Towards a macro model of National Health Service Waiting Lists”*. Vol.15, Nº3, Business School. University York. London; pg. 225-251.
- **Adams, C. B. T.** (1995). *“Oxtons syndrome: the inevitable disease of the NHS reforms”*. BMJ 1995; 311; pg.1559-1561.
- **Aday, L.A. e Andersen, R.** (1975). *“Development of Indices of Access to Medical Care”*. Ann Arbor. Health Administrations Press.
- **Administração Regional de Saúde do Centro** (2001). *“Guia Prático para o encaminhamento de doentes com indicação cirúrgica programada e gestão da lista de espera.”*
- **Agnew, T. M. e Webster, M. W. I.** (1998). *“Insider view of rationing down under”*. BMJ, 317; pg.1154. Auckland. New Zealand.
- **Alves, D., Cardoso, L., e Correia, M.** (1996). *“PERLE – Uma medida para um problema”*. Gestão Hospitalar, Lisboa, Maio; pg. 38-42.
- **Anderson, G.** (1997). *“Willingness to pay to shorten waiting time for cataract surgery”*. Health Affairs; pg.181-190.
- **Andersen, R., e Fleming, G.** (1980). *“Health Care in the US. Equitable for whom?”* Sage Publications; Inc., EUA.

- **Andrews, P. A.** (2001). “*Organ Farm*”. BMJ; 322:1552 (23 June). South West Thames Renal and Transplant Unit, St Helier Hospital; pg. 1-10.
- **Appleby, J. e Thomas, A.** (2000). “*Measuring performance in the NHS: what really matters?*” BMJ; 320; pg. 1464-1467. Birmingham. London.
- **Araújo, Rute** (2004, Julho 01). *Diário de Notícias*.
- **Armstrong, P. W.** (2000). “*First steps in analysing NHS waiting times: avoiding the stationary and closed population fallacy.*” 19; pg. 2037-2051. London.
- **Armstrong, P. W.** (2002). “*The ebb and flow of the NHS waiting list: how do recruitment and admission affect event-based measures of the length of “time-to-admission?”*”. School of Health Sciences. University of East. London.
- **Arrindell, W.A.** (2001). “*Changes in waiting-list patients over time: data on some commonly-used measures. Beware!*” University of Groningen. Netherlands.
- **Azevedo, M.** (2003). “*Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares. Sugestões para estruturação da escrita.*” Universidade Católica. 3ª Edição. Lisboa.
- **Barros, P. P.** (1995). “*The Black Box of Health Care Expenditure Growth Determinants*”. Documento de Trabalho 2/95. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Lisboa.
- **Barros, P. P.** (1995). “*Technology Levels and Efficiency in Health Care*”. Documento de Trabalho 6/95. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Lisboa.
- **Barros, P. P.,** (2001a). “*Economia da Saúde*”. Caderno de apoio de aulas.
- **Barros, P. P.** (2001b). “*Procura de Cuidados de Saúde. Os efeitos do Estado de Saúde, Co-Pagamento e Rendimento*”. Documento de Trabalho 2/2001. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Lisboa.
- **Barros, P. P. e Dismuke, C.** (2000). “*Hospital production in a national health services: the physician’s dilemma*”. Working paper n.º 6. Núcleo de Investigação em Microeconomia Aplicada. Universidade do Minho.
- **Barros, P. P. e Giralt, X. M.** (2000). “*Negotiation advantages of Professional associations in health care*”. Lisboa.
- **Barros, P. P., e Pau, O.** (2000). “*Waiting Lists and Patient Selection*”. Centre of Economic Policy Research. London. (Fotocopiado).
- **Barros, P. P., e Pau, O.** (2003). “*Waiting Lists and Patient Selection*”. Lisboa.

- **Barros, P. P.**, (2005). *“Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos”*. Edições Almedina, SA. Coimbra. ISBN: 972-40-2658-2.
- **Beecham, L.** (1996). *“Hospital waiting lists increase.”* BMJ; pg. 313:1406.
- **Beecham, L.** (1997). *“Medicopolitical digest: Consultants plan survey of hospital crisis”*. BMJ; pg. 315:1024.
- **Beecham, L.** (1997). *“GP fundholders can no longer jump the queue”*. BMJ; 315; pg.205-210.
- **Beecham, L.** (1998a). *“The review body's remit should not be changed”*. BMJ; 317; pg 286.
- **Beecham, L.** (1998b). *“Waiting lists cannot be abolished but can be improved”*. BMJ; 317; pg.891.
- **Beecham, L.** (1998c). *“Tories give a "patient's guarantee" “*. BMJ; 319; pg.1024.
- **Beecham, L.** (1998d). *“Medical academic staff's conference: Academics call for a fairer research assessment.”* BMJ; 316; pg.1834.
- **Beecham, L.** (2000a). *“Private consultants may increase waiting lists”*. BMJ; 320; pg.1674.
- **Beecham, L.** (2000b). *“Public health conference.”* BMJ; 320; pg.1674.
- **Bell, J.** (2002). *“Como Realizar um Projecto de Investigação”*. Gradiva Publicações. 2.^a Edição. Lisboa.
- **Bellan, L., e Mathen, M.** (2001). *“The Manitoba Cataract Waiting List Program”*. University of Manitoba. Manitoba. CMAJ; 164 (8).
- **Bennet, J.** (2003). *“Investment in population health in five OCDE countries”*.
- **Bentes, M., Dias, C. M., Sakellarides, C., e Bankauskaite, V.** (2004). *“Health Care systems in transition”*. WHO regional office for Europe Observatory on Health Systems and policies.
- **Béresniak, A. e Duru, G.** (1999). *“Economia da Saúde”*. Climepsi Editores. Lisboa.
- **Besley, T., Hall, J. e Preston, I.** (1999). *“The demand for private health insurance: do waiting lists matter?”*. London School of Economics. University College London. Journal of Public Economics 72; pg. 155-181. London.

- **Bevan, G., e Hood, C.** (2004). *“Targets, inspections, and transparency: Too much predictability in the name of transparency weakens control”*. BMJ; 328; pg.598. London.
- **Black, D. G., Birchall, A. D. e Trimble, I. M. G.** (1994). *“Non-fundholding in Nottingham: a vision of the future”*. BMJ; 309; pg. 930-932. Nottingham.
- **Black, N.** (1998). *“Potential biases ere not taken into account in study of waiting times”*. BMJ; 316; pg.150. London.
- **Bloom e Fendrick** (1987). *“Waiting for care: Queuing for resource allocation, Medical Care”*; pg. 131-139.
- **Bloomfield, A. e Logan, R.** (2003). *“Quality improvement perspective and healthcare funding decisions”*. BMJ; 327; pg. 439-443. New Zealand.
- **Blundell, R. e Windermeijer, F.** (2000). *“Identifying Demand for Health Resources Using Waiting Times Information”*. Health Economics 9: 465-474. London.
- **Bogdan, C. Roberto e Biklen, Knopp Sari.** (1994). *“Investigação qualitativa em educação”*. Porto Editora, Lda.
- **Bos M. Carlsson P., Kooij S., Liaropoulos L., Sampietro -Colom L., Schilling J.** (1996). *“El paper de l’avaluació de la tecnologia medica en l’establiment de politiques de cobertura de serveis: el cas del tractament invasiu en cardiologia a 5 països europeus”*. Agència d’Avaluació de Tecnologia Mèdica. Barcelona.
- **Bosch, X.** (1998). *“Catalonia tries to tackle growing waiting lists”*. BMJ; 316; pg. 881. Barcelona.
- **Bosch, X.** (1999). *“Spain cuts waiting times for surgery”*. BMJ; 318; pg. 419. Barcelona.
- **Bosch, X.** (2000). *“Surgeons work evenings to cut Spanish waiting lists”*. BMJ; 320; pg.1559. Barcelona.
- **Bowie, C., Richardson, A., e Sykes, W.** (1995). *“Consulting the public about health service priorities”*. BMJ; 311; pg.1155-1158. London.
- **Braveman, P.** (1998). *“Monitoring equity in health: a policy oriented approach in low-and middle income countries”*. W.H.O., Department of Health Systems. Geneva.

- **Brettingham, M.** (2004). *"NHS waiting list has fallen by 35% since 1998"*. BMJ; 329; pg.1364. London.
- **Bridgewater, B.** (1998). *"Is rationing down under upside down?"*. BMJ 316; pg.1251. Auckland.
- **Brodrigg, J.** (1994). *"Performance indices or patient care"*. BMJ; 308; pg. 420.
- **Brouwer, W. B. F., e Hermans, H. E. G. M.** (1999). *"Private clinics for employees as a Dutch solution for waiting lists: economic and legal arguments"*. Netherlands Health Policy 47; pg. 1–17.
- **Brouwer, W., Exel J. V., Hermans, B., e Stoop, A.** (2003). *"Should I stay or should I go? Waiting lists and cross-border care in the Netherlands"*. Health Policy 63 289_/298. Netherlands.
- **Browne, A., e Young, M.** (2002). *"NHS reform: towards consensus? A report from the Partnership for Better Health project"*. Adam Smith Institute.
- **Bruster, S., Jarman, B. Bosanquet, N., Weston, D., Erens, R., e Delbanco, T. L.** (1994). *"National survey of hospital patients"*. BMJ; 309:1542-1546. Harvard.
- **Buhaug, H.** (2002). *"Long waiting lists in hospitals"*. BMJ; 324:252-253. Norway.
- **Burgermeister, V. J.** (2004). *"Sweden bans privatisation of hospitals"*. BMJ; 328; pg. 484.
- **Buttery, R.B. e Snaith, A. H.** (1979). *"Waiting for surgery"*. British Medical Journal 12; pg. 403-404.
- **Cabanas, M. C. V. C.** (2002). *"A problemática hospitalar das listas de espera em cirurgia e a sua recuperação."* E.N.S.P. Lisboa.
- **Cabral, J., e Barriga, N.** (1999). *"Listas de espera hospitalares produtividade dos profissionais e contexto"*. Associação Portuguesa de Economia da saúde.
- **Calman, K. C.** (1997). *"Education and debate – Equity, poverty and health for all"*. Department of health. BMJ. London
- **Campos, A. C.** (2000). *"Solidariedade Sustentada"*. Gradiva, Lisboa.
- **Campos, A. C.** (2003). *"Contas, Ganhos e Custos na Saúde em Portugal. Dez anos de percurso."* Mimeo, Lisboa.
- **Canotilho, J. J. G., e Moreira, V.** (1997) *"Constituição da República Portuguesa"*. (4.^a Ed.). Coimbra Editora.
- **Carnall, C.** (1995). *"Taking bites from health care"*. BMJ; 310; pg.1338-1339.

- **Carpenter, M.** (2003). *“On the Edge: The Fate of Progressive Modernization in Greek Health Policy”*. Vol 24, Nº 2; pg. 257-272.
- **Carvalho, Raquel** (2005, Junho 2005). SNS poupou mais de 135 milhões de euros com genéricos em 2004. *Diário Económico*. IV Fórum “As Reformas da Saúde”.
- **Castells, X.** (2002). *“La necesidad de profundizar en el debate y análisis de las listas de espera”*. Gac Sanit; 16(5); pg. 374-375.
- **Chapman, S.,** (1995). *“Waiting list leaves leftish health minister waiting”*. BMJ, 311; pg. 772. Sydney.
- **Choices in Health Care** (1992). *“Report by the Government on Choices in Health Care”*. Netherlands.
- **Churchill, A. J., Vize, C. J., Stewart, O. G., e Backhouse, O.** (2000). *“What factors influence cataract waiting list time?”* St James's University Hospital. 84; pg. 429-431.
- **Climenhaga, H. W.** (2000). *“About those waiting lists...”* CMAJ, Nov, 163 (11).
- **Cochrane, J.** (1999). *“Strategy to reformulate waiting lists: New Zealand has some suggestions for NHS priority system for elective surgery”*. BMJ; 318:1698 (19 June). New Zealand.
- **Collins, C.** (1999). *“Surgical training, supervision, and service Laissez-faire attitudes to surgical training and patient care are unsustainable”*. BMJ, 318; pg. 682-683. Taunton.
- **Colombo, F., e Tapay, N.** (2004). *“Private Health Insurance in Ireland: A Case Study”*. OECD Health Working Paper No. 10.
- **Comissão das Comunidades Europeias** (2004). *“Modernizar a protecção social para o desenvolvimento de cuidados de saúde e de cuidados prolongados de qualidade, acessíveis e duradouros: um apoio às estratégias nacionais pelo “método aberto de coordenação”*”. Bruxelas. Recuperado em 2005, 19 Setembro, <[http://europarl.eu.int/meetdocs/2004_2009/documents/COM/COM_COM\(2004\)0304_/com_com\(2004\)0304_pt.pdf](http://europarl.eu.int/meetdocs/2004_2009/documents/COM/COM_COM(2004)0304_/com_com(2004)0304_pt.pdf).
- **Comissão Europeia** (1999). *“A concerted strategy for modernising Social Protection”*. European Commission. Brussels.

- **Comissão Europeia** (2001). *“Health care Commission proposes three common E.U. objectives for Health Care and care for the Elderly. Access for All, High quality, financial sustainability”*. Brussels.
- **Comissão Europeia** (2003). *“Processo De Reflexão De Alto Nível sobre a Mobilidade Dos Doentes e a Evolução dos Cuidados de Saúde na União Europeia”*. Ref.^a HLPR/2003/16. Direcção-Geral da Saúde e da Defesa do Consumidor.
- **Conferência Internacional sobre promoção da Saúde – 1.^a** (1986). *“ Carta de Ottawa para a promoção da Saúde”*. Ottawa, Canadá.
- **Conferência Sanitária Pan-Americana (25^a)**, 50^a sessão do Comité Regional, (1998). Resolução de 51.^a Assembleia Mundial da Saúde de interesse regional. Washington DC.
- **Conselho da Europa** (1997). *“Terms of Reference for a Committee of Experts on Criterial for the Management of Waiting Lists”*. Strasbourg.
- **Conselho da Europa** (2000). *“Criteria for the Management of Waiting Lists and Waiting Times in Health Care: Report and Recommendation No.R (99)21”*. Strasbourg.
- **Costa, Cesar T.** (2000). *“Lista de Espera Hospitalar – Modelo de Investigação”*. 2º Encontro do INA. Fundação Gulbenkian.
- **Cres** (1998). *“Conselho de Reflexão sobre a Saúde – Recomendações para uma reforma estrutural”*. Lisboa.
- **Crofts, T. J., Griffiths, J.M.T., Sharma, S., Wygrala, J., e Aitken, R.J.** (1997). *“Surgical training: an objective assessment of recent changes for a single health board “*. BMJ; 314; pg. 891. Edinburgh
- **Cromwell, D. A.** (2004). *“Waiting time information services: An evaluation of how well clearance time statistics can forecast a patient’s wait”*. Social Science e Medicine 59; pg.1937–1948. Finsbury Tower
- **Cromwell, D., e Griffiths, D.** (2002). *“Waiting Time information services: what are the implications of waiting list behaviour for their design?”*
- **Csillag, C.** (2001). *“New Danish government announces proposals to reduce waiting lists”*. The Lancet, Vol 358.

- **Cullis, J.G., e Jones, P.R.** (1985). *“National Health Service Waiting Lists. A discussion of Competing Explanations and a Policy Proposal”*. North – Holland.
- **Cullis, J.G., e Jones, P.R.** (1986). *“Rationing by waiting lists: an implication”*. American Economic Review, 76, 1; pg. 250-256.
- **Cullis, J.G., e Jones, P.R.** (2000). *“Waiting Lists and Medical Treatment: Analysis and Policies”*, In Culyer, A.J., e Newhouse, J. P. *“Handbook of Health Economics”* Volume 1; pg. 1201-1249.
- **Culyer, A. J.** (1975). *“Hospital waiting lists and the supply and demand of inpatient Care”*. University of York. York.
- **Culyer, A. J.** (1976). *“Some Economics of Hospital Waiting Lists in the NHS.”* Journal of Social Policy; pg. 239-264.
- **Culyer, A. J.** (1989). *“The Normative Economics of Health Care Finance and Provision.”* Oxford Review of Economic Policy.
- **Culyer, A. J., Maynard, A., e Williams, A.** (1982). *“Alternative Systems of health care provision: an essay on motives and means.”* In M. Olson (ed.) *“A new approach to the economics of health care”*. American Enterprise Institute for public policy research, Washington.
- **Culyer, A. L.** (1976). *“Need and the National Health Service. Economics and Social Choice.”* London; pg. 131-150.
- **Culyer, T.** (1996). *“The Impact of Health Economics on Public Policy”*. Lisboa.
- **Dash, P.** (2004). *“New providers in UK health care”*. BMJ; 328; pg. 340-342.
- **Dash, P., Gowman, N., e Traynor, M.** (2003). *“Increase the impact of health services research”*. BMJ; 327; pg.1339-1341.
- **Davenport, H.J.** (1994) *“Gestão: The Economist Books”*. Edições Cetop. ISBN: 972-611-363-6.
- **Davis, B., e Johnson, S. R.** (1999). *“Real-time priority scoring system must be used for prioritisation on waiting lists”*. BMJ; 318; pg.1699. West Wales General Hospital.
- **Deng, M. C., Meester, J. M. J, Smits, J. M. A., e Scheld, H. H.** (2000). *“Effect of receiving a heart transplant: Analysis of a national cohort entered on to a waiting list, stratified by heart failure severity”*. BMJ; 321; pg. 540-545.

- **Department of Health** (2002). *“Metropolitan Hospital’s Elective Surgery Wait List”*. Central Wait List Bureau. Government of Western Australia.
- **Derrett, S., Paul, C., e Morris, J. M.** (1999). *“Waiting for Elective Surgery: effects on health-related quality of life”*. University of Otago. New Zealand.
- **Desai, P., Reidy, A., e Minassian, D. C.** (1999). *“Profile of patients presenting for cataract surgery in the UK: national data collection”*. London.
- **Devlin, N., Maynard, A., e Mays, N.** (2001). *“New Zealand’s new health sector reforms: back to the future?”* BMJ; 322; pg. 1171-1174. New Zealand.
- **Dew, K., Cumming, J., McLeod, D., Morgan, S., McKinley, E., Dowell, A., e Love, T.** (2004). *“Explicit rationing of elective services: implementing the New Zealand reforms”*. Published by Elsevier Ireland Ltd. University of Otago. New Zealand.
- **Dickson, M., e Jacobzone, S.** (2003). *“Pharmaceutical U.S.E. and expenditure for cardiovascular disease and stroke: a study of 12 OCDE countries.”*
- **Diogo, C.** (s/data). *“The Reform of the NHS in Portugal.”* University of York. Working paper n. ° 5.
- **Direcção Geral da Saúde** (2002). *“Estatísticas da Saúde 2000.”* Lisboa.
- **Direcção Geral da Saúde** (2003). *“Estatísticas da Saúde 2002.”* Lisboa.
- **Direcção Geral da Saúde** (2004). *“Estatísticas da Saúde 2003.”* Lisboa.
- **Direcção Geral da Saúde** (2005). *“Estatísticas da Saúde 2004.”* Lisboa.
- **Dismuke, C. E., e Sena, V.** (1998). *“Hospital Productivity and Efficiency Measurement in the presence of Undesirable Output”*. Associação Portuguesa de Economia da saúde, documento Trabalho 2/98. Lisboa.
- **Dixon, J., Boyle, S., e Harrison, A.** (1996). *“Financial meltdown for the NHS?”* BMJ; 312; pg.1432-1433.
- **Dixon, J., e Harrison, A.** (1997). *“Funding the NHS: A little local difficulty?”* Institute King's Fund. BMJ; 314; pg. 216. London.
- **Dixon, J., Inglis, S., e Klein, R.** (1999). *“Is the English NHS underfunded?”* King's Fund. BMJ; 318; pg. 522-526. London.
- **Dixon, J., e New, B.** (1997). *“Setting priorities New Zealand-style”*. King's Fund Policy Institute. BMJ; 314; pg. 86.

- **Dobson, R. G.** (1998). *"Waits over 18 months lengthen in Wales"*. BMJ; 316; pg.1696.
- **Domingos, I. C. O. R.** (2001). *"Causas da existência de tempos de espera nas valências de cirurgia Geral e Ginecologia" – estudo de caso*". E.N.S.P. Lisboa.
- **Dowling, B.** (1997). *"Effect of fundholding on waiting times: database study"*. London. School of Economics and Political Science. BMJ; 315; pg. 290-292.
- **Dowling, B.** (1998). *"Potential biases do not affect results of waiting time study."* London. School of Economics and Political Science. BMJ; 317; pg. 79 (4 July).
- **Doyal, L.** (1997). *"The rationing debate: Rationing within the NHS should be explicit: The case for"*. St Bartholomew's and Royal London School of Medicine and Dentistry. BMJ; 314; pg.1114.
- **Dublin, D. P.** (1998). *"Ireland's waiting list initiative is failing"*. BMJ; 317; pg.1036.
- **Dublin, D. P.** (2000). *"Irish health board tackles waiting list"*. BMJ; 320; pg.1096.
- **Dublin, D. P.** (2001a). *"Ireland's waiting lists are inaccurate"*. BMJ; 323; pg. 592.
- **Dublin, D. P.** (2001b). *"Campaign to reduce waiting lists in Ireland has had little impact"*. BMJ; 322; pg. 694.
- **Duffy, Mary E.** (1987). *"Methodological triangulation: a vehicle for merging quantitative and qualitative research methods"*. Journal of Nursing Scholarship, 19 (3); pg. 130-133.
- **Dunn, E., Black, C., Alonso, J., Norregaard, J. C., e Anderson, G. F.** (1997). *"Patients' Acceptance Of Waiting For Cataract Surgery: What Makes A Wait Too Long?"* University of Manitoba. Vol. 44, N. °. 1 I, pp. 1603-1610. Canada.
- **Dusheiko, M., Gravelle, H., e Jacobs, R.** (2004). *"The effect of practice budgets on patient waiting times: allowing for selection bias"*. University of York.
- **Dyer, C.** (2003). *"Court rules that NHS must pay for overseas treatment"*. BMJ; 327; pg. 831.
- **Dyer, O. L.** (2003a). *"Surgeon who alleged constructive dismissal over bullying loses case."* BMJ; 326; pg. 467 (1 March).
- **Dyer, O. L.** (2003b). *"Eye surgeon claims that new treatment centre is a threat to NHS"*. BMJ; 327; pg. 580.

- **Echteld, M. A., Elderen, T. M. T., e Van Der Kamp, L. J.** (2001). *“How goal disturbance, coping and chest pain relate to quality of life: A study among patients waiting for PTCA”*. University of Leiden. *Quality of Life Research* 10; pg. 487-501.
- **Eco, H.** (1995). *“Como se faz uma Tese em Ciências Humanas”*. Editorial Presença. 6.^a Edição, Lisboa.
- **Edwards, N. e Hensher, M.** (1998). *“Managing demand for secondary care services: the changing context”*. *BMJ*; 317; pg.135-138.
- **Edwards, R. T.** (1996). *“Elective waiting lists are becoming explicitly rationed”*. University of Liverpool. *BMJ*; 313; pg.558-559.
- **Edwards, R. T.** (1997). *“NHS Waiting Lists: Towards the Elusive solution”*. Office of Health Economics. London.
- **Edwards, R. T.** (1999). *“Points for pain: waiting list priority scoring systems: May be the way forward, but we need to learn more about their effects”*. University of Wales. *BMJ*; 318; pg. 412-414.
- **Edwards, R. T., Boland, A., Wilkinson, C., Cohen, D., e Williams, J.** (2003). *“Clinical and lay preferences for the explicit prioritisation of elective waiting lists: survey evidence from Wales”*. University of Wales. *Health Policy* 63, 229_/237.
- **Edwards, R.T. e Barlow, J.** (1994). *“Rationing Health Care by waiting lists: An Extrawelfariste Perspective”*. Center of Health Economics. University of York.
- **Elliott, S.A., e Brown, J. S. L.** (2002). *“What are we doing to waiting list controls?”* *Behaviour Research and Therapy* 40; pg.1047–1052. London, UK.
- **Elwyn, G. J., Williams, L. A., Barry, S., e Kinnersley, P.** (1996). *“Waiting list management in general practice: a review of orthopaedic patients”*. *BMJ*; 312; pg. 887-888.
- **Enthoven, A.** (1984). *“Reforming us Health Care: The consumer choice Health plan.”* In Black, D.; Boswell, D.; Gray, A.; Murphy, S.; e Popay, J. Philadelphia, Open University Press; pg. 335-340.
- **European Commission** (2004). *“Strategy on European Community Health Indicators (ECHI): The short list”*. Luxembourg.
- **Essex, C.** (1994). *“New Zealand faces bed closures”*. *BMJ*; 309; pg.147.

- **Evans, J. W.** (1970). *“Evaluating social action programs”*. In L. Zurcher e C. Bonjean (eds), *Planned social intervention*. Scranton, PA: Chandler.
- **Everett, J. E.** (2002). *“A Decision Support Simulation Model for the Management of an Elective Surgery Waiting System.”* The University of Western Australia. 5 (2); pg. 89-95.
- **Everhart, R.** (1975). *“Problems of doing fieldwork in education evaluation”*. Human Organization, 34 (2); pg. 2005-2015.
- **Fallberg, L. H.** (2000). *“Patients right’s in Europe: where do we stand and where do we go do?”* European Journal of Health Law.
- **Ferreira, P. L., e Lourenço, O. D.** (2003). *“Avaliações subjectivas sobre qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade”*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. N° temático /2003. Escola Nacional de Saúde Pública; pg. 81-91.
- **Ferriman, A.** (2002a). *“Health department to improve investigation of waiting list fiddles”*. BMJ; 325; pg.1322.
- **Ferriman, A.**, (2002b). *“Trusts fail to discipline those who manipulate waiting lists”*. BMJ; 325; pg. 614.
- **Foote, J. L., Houston, D. J., e North, N. H.** (2002). *“Betwixt and Between: Ritual and the Management of an Ultrasound Waiting List”*. University of Auckland. Health Care Analysis 10; pg. 357-377.
- **Franco, F., e Fortuna, M.** (2003). *“O Método de Fronteira Escolástica na Medição da Eficiência dos Serviços Hospitalares: Uma Revisão Bibliográfica”*. Associação Portuguesa de Economia da saúde. Documento Trabalho 2. Lisboa.
- **Fankel, S.** (1989). *“The natural history of waiting lists –some wider explanations for an unnecessary problem”*. Heath Trends 21; pg. 56-58.
- **Frankel, S., Eachus, J., Pearson, N., Greenwood, R., Chan, P., Peters, T. J., Donovan, J., Smith, G. D., e Dieppe, P.** (1999). *“Population requirement for primary hip-replacement surgery: a cross-sectional study”*. University of Bristol. The Lancet, Vol .353.
- **Frankel, S., e West, R.** (1993). *“Rationing and Rationality in the National Health Service: The Persistence of Waiting Lists”*. Macmillan. London.

- **Frankel, S., Ebrahim, S., e Smith, G. D.** (2000a). *“The limits to demand for health care”*. BMJ; 321; pg. 40-45.
- **Frankel, S., Ebrahim, S., e Smith, G. D.** (2000b). *“Rationing for Health – equity: Is it necessary?”* Health Economics. Department of Social Medicine of Bristol. UK.
- **Fraser, D.** (1999). *“Measuring success in research capacity building. Incline as a case study in progress”*. Global Forum for Health research. Geneva.
- **Frazier, E. H. S., e Mosteller, F.** (1996). *“Medicine Worth Paying For: Assessing Medical Innovations”*. Harvard University Press. BMJ; 312; pg. 259.
- **Freeman G. e Hjortdahl P.** (1997). *“What future for continuity of care in general practice”*. BMJ 314; pg.1870-3.
- **Freeman, R. B. J., e Edwards, E. B.** (2000). *“Liver Transplant Waiting Time Does Not Correlate With Waiting List Mortality: Implications for Liver Allocation Policy”*. Liver Transplantation, Vol. 6, No 5; pg. 543-552. New England. Boston.
- **Freeman, R. B., Rohrer, R. J., Katz, E., Lewis W. D., Jenkins, R., Cosimi, A. B., Delmonico, F., Friedman, A., Lorber, I. M., O’Connor, K., e Bradley, J.** (2001). *“Preliminary Results of a Liver Allocation Plan Using a Continuous Medical Severity Score That De-Emphasizes Waiting Time”*. Boston, MA. Liver Transplantation, Vol. 7, No 3; pg. 173-178.
- **Fricker, J.** (1999). *“BMA proposes strategy to reformulate waiting lists”*. BMJ; 318; pg.78.
- **Gauld, R.** (2003). *“One Country, Four Systems: Comparing Changing Health Policies in New Zealand”*. International Political science Review, Vol 24, N° 2; pg. 199-218.
- **Gauld, R., e Derrett, S.** (2000). *“Solving the Surgical waiting List Problem? New Zealand's `Booking System”*. New Zealand. International journal of health planning and management.
- **George, S., e Primrose, J.** (2002). *“Private practice is unlikely to be main cause of long waiting lists”*. BMJ 2002; 325; pg. 99.
- **Giraldes, M. C.** (2001). *“Equidade em áreas sócio-económicas com impacto na Saúde em países da União Europeia”*. Rio de Janeiro; pg. 533-544, Junho.

- **Gladish, B. P., Parra, M. A., Terol, A. B., e Uría, M. V. R.** (2004). *“Management of surgical waiting lists through a Possibilistic Linear Multiobjective Programming problem”*. Oviedo, Spain.
- **Global Forum for Health Research** (2004). *“The 10/90 report on health Research 2003 - 2004”*. Geneva. ISBN 2-940286-16-7
- **Grande, N. R.** (1991). *“Perspectivas actuais dos conceitos de saúde e Doença”*. In Bento, J., Marques, A. (Ed.). Desporto Saúde e Bem-estar; Porto; pg. 27-32.
- **Goddard, J.A., e Tavakoli, M.** (1998). *“Referral Rates and Waiting Lists: Some Empirical Evidence”*. UK. Health Economics **7**; pg. 545–549.
- **Goldacre, M., Lee A. e Don B.** (1987). *“Waiting lists statistics: relation between admissions from waiting list and length of waiting list”*. British Medical Journal **295**; pg.1105-1108.
- **González-Busto, B., e Garcia, R.** (1999). *“Waiting Lists in Spanish public hospitals: A system Dynamics approach”*. University of Oviedo, Spain. System Dynamics Review Vol.15, nº3; pg. 201-224.
- **Government Strategy** (2000). *“Reduce Waiting Times for Public Hospital Elective Services”*. New Zealand.
- **Governo da República Portuguesa** (2002). *“Programa do XV Governo Constitucional”*. Recuperado em 2005, 30 Setembro, de <http://www.oces.mctes.pt/docs/ficheiros//Programa_XV_Governo.pdf>.
- **Governo da República Portuguesa** (2004). *“Programa do XVI Governo Constitucional”*. Recuperado em 2005, 30 Setembro, de <http://www.oces.mctes.pt/docs/ficheiros//Programa_XVI_Governo.pdf>.
- **Governo da República Portuguesa** (2005). *“Programa do XVII Governo Constitucional”*. Recuperado em 2005, 1 Setembro, de <<http://portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/631A5B3F-5470-4AD7-AE0F-D8324A3AF401/0/ProgramaGovernoXVII.pdf>>.
- **Glynn, P., Taylor, M., e Hudson, A.** (2002). *“Surgical Wait List Management: A strategy for Saskatchewan”*. Provincial Wait List Strategy Team January.
- **Graham, H., e Kelly, M.P.** (2004). *“Health inequalities: concepts, frameworks and policy”*. Health Development Agency. NHS.

- **Gravelle, H., Dusheiko, M., e Sutton, M.** (2002). *“The demand for elective surgery in a public system: time and money prices in the UK National”*. Journal of Health Economics.
- **Gray, C. S., Crabtree, H. L., O'Connell, J. E., e Allen, E. D.** (1999). *“Waiting in the dark: cataract surgery in older people: We need better means of assessing priorities for surgery”*. Sunderland Royal Hospital. BMJ; 318; pg.1367-1368.
- **Gulland, A.** (2002). *“Consultants resist pooled lists for routine surgery”*. BMJ; 325; pg.1320. London
- **Gulliford, M. C., Morgan, M., Hughes, Beech, R., Figuera-Munoz, J. L., Gibson, B., Hudson, M., Arumugam, C., Connel, O., Mohiddin, A., e Sedgwick, J.** (2001). *“Access to Health Care: A. Scoping Exercise”*. NHS, service delivery and organisation programme. Routledge. London.
- **Gulliford, M. e Morgan, M.** (2003). *“Access to Health Care”*. Routledge. London.
- **Gunn, J.** (2003). *“Waiting lists: irritation or death sentence?”* University of Sheffield, UK. The Lancet, Vol. 361.
- **Hadorn, D. C.** (2000). **“Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project.”** *“Setting priorities for waiting lists: defining our terms”*. University of Alberta. CMAJ • October 3.
- **Hadorn, D. C., e Holmes, A. C.** (1997). *“The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview”*. New Zealand. BMJ; 314; pg.131.
- **Ham, C.** (1999). *“New Labour and the NHS: liticians should pay more attention to building capacity in the NHS”*. University of Birmingham. BMJ; 318:1092-1092.
- **Ham, C., Sutch, S., e Shaw, R.** (2003). *“Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of routine data”*. BMJ; 327; pg. 1257. London.
- **Hamilton, J. R. E.** (1997). *“The real ethics of rationing”*. Freeman Hospital BMJ; 315; pg.1231.
- **Hanning, M.** (1996). *“Maximum waiting-time guarantee - an attempt to reduce waiting lists in Sweden”*. Sweden. Health Policy 36; pg. 17-35.

- **Hanning, M., e Ulrika Spangberg, W.** (2000). *“Maximum waiting time — a threat to clinical freedom? Implementation of a policy to reduce waiting times”*. Sweden Health Policy 52; pg. 15–32.
- **Hargreaves, S.** (2003a). *“Three trusts deliberately misreported data, says Audit Commission”*. BMJ; 326; pg. 517. London.
- **Hargreaves, S.** (2003b). *“Trust suspends manager after waiting list fiasco continues”*. BMJ; 326; pg. 570. London
- **Harrad, R.** (2002). *“Local funding would reduce waiting lists for cataracts”*. Bristol Eye Hospital. BMJ; 325; pg.1033.
- **Harvey, I., Webb, M., e Dowse, J.** (1993). *“Can a surgical treatment centre reduce waiting lists? Results of a natural experiment.”* Cardiff. Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 47; pg. 373-376.
- **Haynes, R. M.** (1984). *“Regional Anomalies in Hospital Bed use in England and Wales”*. Regional studies; pg. 19-27.
- **Health Bulletin** (2003). *“Waiting Lists accuracy: Assessing the accuracy of waiting list information in NHS hospitals in England”*.
- **Health Services Division** (2003). *“Annual Report to Tynwald on Hospital Activity”*. Department of Health and Social Security.
- **Henderson, D. R. e Neves, J. C.** (2001). *“Enciclopédia de Economia”*. Principia, Cascais, 2ª Edição ISBN: 972-8500-26-2.
- **Henderson, J., Newton J. N. e Goldacre M.** (1995). *“Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding”*. British Medical Journal. Forthcoming.
- **Hemingway, H., e Jacobson, B.** (1995). *“Queues for cure? Let's add appropriateness to the equation”*. East London. BMJ; 310; pg. 818-819 (1 April).
- **Heteren, G. V.** (2000). *“Press: Dutch doctors supported by media”*. Nijmegen, Netherlands. BMJ; 321; pg. 712.
- **Herrero, C., Pinto-Prades, J. L., e Rodríguez-Mínguez, E.** (2004). *“Using a Point System in the Management of Waiting Lists: The case of Cataracts”*. Espanha. Social Science e Medicine, 59; pg. 585–594.
- **Hilkhuisen, G.L.M., Oudhoff, J.P., Rietberg, M., Wal, G. van deer e Timmermans, D.R.M.** (2004). *“Waiting for elective surgery: a qualitative analysis and conceptual framework of the consequences of delay”*. Public Health, 1–4.

- **HOPE** (2001). *“Standing Committee of the hospitals of the European Union: Waiting lists and waiting times in Health Care – Managing demand and supply”*. Brussels.
- **HOPE** (2004a). *“Measuring and comparing Waiting Lists. A study in four European countries”*. Working Party on Management of Waiting Lists. Brussels.
- **HOPE** (2004b). *“Standing Committee of Hospitals of the European Union. Measuring and comparing waiting lists – A study in four European Countries”*. Brussels.
- **HOPE** (2004c). *“Standing Committee of the Hospitals of the European Union: Health Care workforce in Europe; Problems and solutions”*. Brussels.
- **Hugh. T. B.** (1995). *“Report on Australian surgeons”*. Sydney. BMJ; 310; pg. 602.
- **Hunink, M G. M.** (2004). *“Does evidence based medicines do more good than harm?”* BMJ; 329; pg.1051.
- **Hunter, D.J.** (1995). *“The case for closer cooperation between local authorities and the NHS”*. University of Leeds. Leeds. BMJ; 310; pg.1587-1589.
- **Hurst, J., e Siciliani, L.** (2003). *“Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries”*. University of York. OECD.
- **IGIF** (2001). *“Serviço Nacional de Saúde – Contas Globais”*. Lisboa.
- **Iglehart J.K.** (2000). *“Revisiting the Canadian health care system”*. N.E.J. Med 342; pg. 2007-2012.
- **INA** (1999). *“Administração Pública no limiar do século XX: os grandes desafios”*. INA. Lisboa.
- **INA** (2000). *“Moderna Gestão Pública: dos meios aos resultados.”* INA. Lisboa.
- **INE** (2005). *“Sociedade da Informação e do Conhecimento: Inquérito à Utilização de Tecnologia da Informação e da Comunicação pelas Famílias”*. Destaque: Informação à Comunicação Social. Recuperado em 2006, 25 Março, de www.ine.pt.
- **Instituto Nacional de la Salud.** (s/data). *“Guía para la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica.”* Dirección General de Atención Primaria y Especializada, Subdirección General de Atención Especializada.

- **Iversen, T.** (1993). *"A Theory of Hospital Waiting Lists"*. Journal of Health Economics; pg. 55-71.
- **Iversen, T.** (1997). *"The effect of a private sector on the waiting time in a national health service"*. Oslo, Norway. Journal of Health Economics 16; pg. 381-396.
- **Iversen, T.** (2000). *"Potential effect of internal markets on hospitals waiting time"*. Oslo, Norway.
- **Jacobs, R., Rice N., Smith, P., e Martin, S.** (2003). *"Waiting for Health Care: a summary of the evidence in the UK"*. University of York.
- **Johannesson, M., Johansson, P., e Soderqvist, T.** (1998). *"Time spent on waiting lists for medical care: an insurance approach"*. Journal of Health Economics 17; pg. 627-644. Sweden.
- **Jones, J.** (2000). *"The secret life of the NHS"*. BMJ; 320; pg.1457-1459.
- **Justo, Cipriano** (2003). *"Acesso aos cuidados de saúde: o caso las listas de espera em cirurgia"*. Recuperado em 2004, 28 Junho, de <http://www.observaport.org/OPSS/Menus/Cidadao/Acesso+e+utilizacao+dos+cuidados+de+saude/listas+de+espera+em+cirurgia.htm>, (consulta realizada em 28 de Junho de 2004).
- **Kent, H.** (1999). *"Waiting-list Web site "inaccurate" and "misleading" BC doctors complain"*. CMAJ • July 27; 161 (2).
- **Kervasdoué, J.** (2002). *"A Saúde e o sistema de saúde em França"*. França.
- **Kingman, S.** (1994). *"More Patients wait but for shorter time"*. BMJ; 309; pg. 497-498.
- **King's Found** (2001a). *"Rationing Health Care"*.
- **King's Found** (2001b). *"Why are we waiting?"*
- **Klassen, A., Fitzpatrick, R., e Jenkinson, C.** (1996). *"Should breast reduction surgery be rationed? A comparison of the health status of patients before and after treatment: postal questionnaire survey"*. University of Oxford. BMJ; 313; pg. 454-457.
- **Klein, R.** (2003). *"Health inequalities. Evidence, Policy and implementation"*. London.
- **Klein, R. e Day, P.** (1991). *"Britain's Health Care Experiment"*. Health Affairs.

- **Klein, R., e Maynard, A.** (1998). *"On the way to Calvary"*. University of York. BMJ; 317:5.
- **Koen, V.** (2000). *"Public Expenditure Reform: The Health Care Sector in the United Kingdom"*. OECD. Economics Department Working Papers No. 256.
- **Kommer, G.J.** (2002). *"Waiting List Model for Residential Care for the Mentally Disabled in the Netherlands"*. Health Care Management Science 5; pg. 285-290.
- **Koopmanschap, M. A., Brouwer, W. B. F., Roijen, L. H., e Exel, N. J. A.** (2004). *"Influence of waiting time on cost-effectiveness"*. Netherlands. Elsevier Ltd.
- **Koralage, N.** (2004). *"Poor attitude among staff is undermining NHS successes, says chief executive"*. BMJ; 328; pg. 604. London.
- **Lack, J. A., e Smith, N. G. A.** (1995). *"Setting priorities for surgical waiting lists"*. BMJ; 311; pg. 811. Salisbury.
- **Lawson, C., e Nemec, J.** (2003). *"The Political Economy of Slovak and Czech Health Policy: 1989-2000"*. International Political science Review, Vol. 24, Nº 2; pg. 219-235
- **Legido, R. O.** (2004). *"Listas de espera y garantías de plazo de respuesta"*. Gabinete Técnico Jurídico FACUA. Medicina de Família, Vol.5, Nº2.
- **Lewis, S., Barer, M. L., Sanmartin, C., Shps, S., Shortt, S. E. D., e McDonald P. W.** (2000). *"Ending waiting-list mismanagement: principles and practice"*. Canadian Medical Association Journal, May; 162(9).
- **Lewis, S., Donaldson, C., Mitton, C., e Currie, G.** (2001). *"The future of health care in Canada"*. BMJ; 323; pg. 926-929.
- **Light, D.** (2000). *"The two tier syndrome behind waiting lists"*. BMJ; 320; pg. 1349. Philadelphia.
- **Light, D., e Dixon, M.** (2004). *"Making the NHS more like Kaiser Permanente"*. BMJ; 328; pg. 763-765. New Jersey. USA.
- **Light, D. W.** (1997). *"The real ethics of rationing"*. University of Manchester, BMJ; 315; pg. 112-115.
- **Lim, J. M. E.** (1998). *"As others see us: views from abroad the importance of social context"*. BMJ; 317; pg. 51-52.

- **Lombardia, E. C.** (2000). *“Las Listas de Espera”*. Medicina General; 26; pg. 692-695.
- **Lucas, A., Mogedas, S., Watt, G., Steen, H. S., Krase, S., e Lee, K.** (1997). *“Cooperation for Health development: The world Health Organization’s support to programmes at country level”*. London.
- **Lucey, M. R., Brown, K. A., Everson, G. T., Fung, J. J., R Gish, R., Keeffe, E. B., Kneteman, N. M., Lake, J. R., Martin, P., McDiarmid, S. V., Rakela, J., Shiffman, M. L., So, S. K., e Wiesner, R. H.** (1997). *“Minimal Criteria for Placement of Adults on the Liver Transplant Waiting List”*. Committee Liver Transplantation and Surgery, Vol 3, No 6 (November); pg. 628-637. American Society of Transplant Physicians and the American Association for the Study of Liver Diseases.
- **Maingon, T.** (2001). *“Ciudadanía, derechos y salud: remontando la exclusión”*. VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima, Peru.
- **Majeed, A., e Malcolm, L.** (1999). *“Unified budgets for primary care groups”*. BMJ; 318; pg. 772-776. London.
- **Majeed, F., Chaturvedi, N.; Reading, R., e Benishlomo, Y.** (1994). *“Equity in the NHS Monitoring and promoting equity in primary and secondary case”*. BMJ.
- **Martin, R. M., Sterne, J. A. C., Gunnell, D., Smith, G. D., e Frankel, S.** (2003). *“NHS Waiting lists and evidence of national or local failure: analysis of health service data”*. BMJ, 328; pg.188.
- **Martin. S., Jacobs, R., Rice, N., e Smith, P.** (2003). *“Waiting Time for Elective Surgery: A Hospital-Based Approach”*. University of York.
- **Martin, S., e Smith. P.** (1999). *“Rationing by waiting lists: an empirical investigation”*. University of York. Journal of Public Economics, 71; pg. 141-164.
- **Martin. S., Smith, P., e Rice, N.** (2001). *“Modelling Waiting Times of Elective Surgery”*. Centre for Health Economics.
- **Martins, J. C. L.** (1996). *“A reforma do sistema de saúde português”*. In *As Reforma dos Sistemas de Saúde*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Lisboa; pg. 37-44.

- **Martins, J. C. L.** (1999). *“A Insustentabilidade do Actual SNS. A Racionalização como Condição da sua Sobrevivência”*. In *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Lisboa; pg. 135-141.
- **Martins, G., e Myfanwy, M.** (2003). *“Access to Health Care”*. London.
- **Matias, A.** (1995). *“O Mercado de Cuidados de Saúde”*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Documento Trabalho n.º 5.
- **Maxwell, R.J.** (1984). *“Quality assessment in health”*. British Medical Journal, 288, 1470; pg.1472.
- **Mayor of London** (2001). *“Health Services Bulletin”*. Issue 1.
- **Mayor, S.** (1998). *“Surgeon hits back at bullies in the press”*. BMJ; 317; pg.1326 (7 November).
- **Mays, N., e Pope, C.** (1995). *“Qualitative Research: Observational methods in health care settings”*. London, and the Department of Epidemiology and Public Health, University of Leicester. BMJ; 311; pg.182-184.
- **McFarland, H.** (1998). *“How hospitals manage emergency admissions needs to be examined”*. BMJ; 316; pg.1320.
- **McGregor, J. C.** (1996). *“Author is lucky that his waiting list can be managed quickly”*. BMJ; 313; pg. 1401. UK.
- **McKee, M.** (1995). *“Private Eye, Heart and Hip: Surgical Consultants, the National Health Service and Private Medicine”*. BMJ; 311; pg. 637.
- **Mechanic, D.** (1995). *“Dilemmas in rationing health care services: the case for implicit rationing”*. King's Fund Institute BMJ; 310; pg. 1655-1659. London
- **Minister of Health and Children** (1998). *“Review Group on the Waiting List Initiative. Report of the Review Group on the waiting list initiative (Executive Summary)”*. Dublin. Ireland.
- **Ministério da Educação, Ministério da Saúde** (2001). *“Plano Estratégico para a formação nas áreas da Saúde”*. Lisboa.
- **Ministério da Saúde** (2001). *“Glossário de conceitos para a produção de estatísticas em saúde”*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa.
- **Ministério da Saúde** (2002). *“Ganhos de Saúde em Portugal. Relatório de 2001 do Director-geral e Alto-comissário da Saúde”*. Lisboa.

- **Ministério da Saúde** (2004a). *“Orientações Estratégicas para 2004 – 2010, Mais saúde para todos”*. Plano Nacional de Saúde, Lisboa.
- **Ministério da Saúde** (2004b). *“Reformas da Saúde – III Fórum – Diário Económico”*.
- **Ministério da Saúde** (2004c). *“Relatório de 2003”*. Unidade de Missão dos Hospitais SA.
- **Ministério das Finanças** (2003). *“Report on Economic Reform 2003: Product and Capital Markets”*. Lisboa.
- **Miraldo, M.** (2004). *“Hospital financing and the development and adoption of new technologies”*. Associação Portuguesa de Economia da saúde. Documento Trabalho 1. Lisboa.
- **Mitchell, I. M., e Quinn, D. W.** (1998). *“Consultant cardiothoracic surgeon”*. BMJ; 316; pg.1828. Nottingham
- **Monbiot, J.** (2003). *“Patient is dying: The fate of an eye hospital in Oxford is symptomatic of the stealthy of the NHS”*. The Guardian.
- **Moon, L., Moise, P., Jacobzone, S., e ARD – Stroke Experts Group.** (2003). *“Stroke Care in OCDE Countries: A comparison of treatment, costs and outcomes in 17 countries”*.
- **Moore, W.** (2002). *“Milburn recruits private companies from abroad to increase capacity of the NHS”*. BMJ; 325; pg.10. London.
- **Moran, C. G., e Horton, T. C.** (2000). *“Total knee replacement: the joint of the decade: A successful operation, for which there's a large unmet need”*. Queen's Medical Centre. BMJ; 320; pg. 820.
- **Moreira, J. M.** (1999). *“As Contas com a Ética Empresarial”*. Principia. Cascais.
- **Moreira, J. M., e Alves, A. A.** (2004). *“O que é a Escolha Pública”*. Principia. Cascais.
- **Morga, A., e Xavier, A.** (2001). *“Hospital Specialists' Private Practice and its Impact on the Number of NHS Patients Treated and on the Delay for Elective Surgery.”* University of York, Heslington.
- **Morgan, B., e Wright, K.** (1999). *“Waiting Lists and Waiting Times”*. House of Commons Library. Research Paper 60.

- **Morrell, J., e Roberts, A.** (1995). *“How to Do It: Make an application for flexible (part time) training”*. BMJ; 311; pg. 242-244. London.
- **Mossman, J., e Sikora, K.** (2000). *“Waiting times for patient with cancer”*. London and Clinical Research Oncology. USA. BMJ; 321; pg. 236.
- **Mullen, P. M.** (2003). *“Prioritising waiting lists: how and why?”* University of Birmingham, UK. European Journal of Operational Research 150; pg. 32–45.
- **National Economic and Social Forum** (2002). *“Equity of Access to Hospital Care”*. Forum Report nº 25. Dublin. Published by the National Economic and Social Forum. ISBN – 1 – 899276 – 29 – 7.
- **National Institute for Clinical Excellence** (2000). *“Guidance on coronary artery stents in the treatment of ischemic heart disease”*. Recuperado em 2005, 31 Outubro, de <<http://www.nice.org.uk>.
- **Naylor, C. D., e Williams, J. I.** (1996). *“Primary hip and knee replacement surgery: Ontario criteria for case selection and surgical priority”*. University of Toronto, Ontario. Canada. Quality in Health Care, Vol 5; pg. 20-30.
- **Neuberger, J., Adams, D., MacMaster, P., Maidment, A., e Speed, M.** (1998). *“Assessing priorities for allocation of donor liver grafts: survey of public and clinicians”*. BMJ; 317; pg.172-175.
- **Neves, A.** (2002). *“Gestão na Administração Pública”*. Pergaminho.
- **New, B.,** (1996). *“The rationing agenda in the NHS”*. King's Fund Policy Institute, BMJ; 312:1593-1601. London.
- **Newton, J. N., Henderson, J., e Goldacre, M. J.** (1995). *“Waiting list dynamics and the impact of earmarked funding”*. University of Oxford. BMJ; 311; pg. 783-785 (23 September).
- **Nogueira, M. L. S.** (1998). *“Tempos de espera em cirurgia geral: o impacto do serviço de urgência: estudo comparativo em dois hospitais de Lisboa”*. Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- **Noord, P. V. D., Hagen, T., e Iversen, T.** (1998). *“The Norwegian Health Care System”*. Economics Department Working Papers Nº 198. OECD.
- **Norregaard, J. C., Petersen, P. B., Alonso, J., Dunn, E., Black, C., Andersen, T. F., e Anderson, G. F.** (1997). *“Willingness To Pay To Shorten Waiting Time For Cataract Surgery. What are the preferences of people actually on the waiting*

list for surgery?” Canada. Department of Health policy - Health Affairs – September/October.

- **Norregaard, J. C., Petersen, P. B., Alonso, J., Dunn, E., Black, C., Andersen, T. F., Espallargues, M., Bellan, L., e Anderson, G. F.** (1998). *“Variation in indications for cataract surgery in the United States, Denmark, Canada, and Spain: results from the International Cataract Surgery Outcomes Study”*. Canada, Department of Health policy. Br. J. Ophthalmology; 82; pg. 1107-1111.
- **Norfolk and Norwich University Hospital** (2004). *“Patient Access. Policy and procedures for the management of waiting lists”*.
- **O’Boyle, C. P., e Cole, R. P.** (2001). *“Rationing in the NHS: audit of outcome and acceptance of restriction criteria for minor operations”*. BMJ; 323; pg. 428-429 (25 August).
- **Observatório Português dos Sistemas de Saúde** (2001). *“Conhecer os Caminhos da Saúde”*. Relatório Primavera 2001.
- **Observatório Português dos Sistemas de Saúde** (2002). *“O Estado da Saúde e a Saúde do Estado”*. Relatório Primavera 2002. Lisboa.
- **Observatório Português dos Sistemas de Saúde** (2003). *“Saúde, que rupturas?”*. Relatório Primavera 2003. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa.
- **Observatório Português dos Sistemas de Saúde** (2004). *“Incertezas...gestão da mudança na saúde”*. Relatório Primavera 2004.
- **Observatório Português dos Sistemas de Saúde** (2005). *“Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios”*. Relatório Primavera 2005.
- **Odom, N.** (1998). *“We need to develop scoring systems to determine clinical need”*. Manchester Heart Centre, Royal Infirmary. BMJ; 317:1594 (5 December).
- **OECD** (1994). *“The reform of Health Care Systems: A review of Seventeen OECD countries”*. OECD, Paris.
- **OECD** (2000). *“Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience”*.
- **OECD** (2001a). *“Health Data 2001”*. Paris.
- **OECD** (2001b). *“OECD Economic Surveys - Portugal”*. OECD, Paris.
- **OECD** (2003a). *“OECD Economic Surveys - Portugal”*. OECD, Paris.
- **OECD** (2003b). *“Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries.”* OECD. Paris.

- **OCDE** (2003c). *“Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience”*. England.
- **OCDE** (2003d). *“Main Economic Indicators”*. OECD, Paris.
- **OCDE** (2003e). *“OECD Health data 2003”*. OECD, Paris.
- **OCDE** (2003f). *“Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries”*.
- **OCDE** (2004a). *“Economic Survey of Portugal”*. Paris.
- **OCDE** (2004b). *“Economic Survey of The United Kingdom: Activity-Based Funding, Incentives and Waiting Times in Health Care”*. ISBN 92-64-02022-5 © OECD.
- **OCDE** (2004c). *“Towards High-Performing Health Systems”*. França
- **OCDE** (2004d). *“The reform of the Health care system in Portugal.”* Economics Department Working papers n. ° 405.
- **OCDE** (2004e). *“Vers Des Systèmes de Santé Plus Performants.”* Le Project de L’OCDE sur la santé.
- **Oliveira, M. e Pinto, C.** (2003). *“Pharmaceutical reforms in Portugal: in search for cost containment, 8º Encontro Nacional de Economia da Saúde”*. Lisboa.
- **Olivella, P.** (2002). *“Shifting public-health-sector waiting lists to the private sector”*. Universitat Autònoma de Barcelona, Spain. European Journal of Political Economy. Vol. 19 (2002); pg.103–132.
- **Oniscu, G. C., Annemarie A.H., Johnson, R. J., Brown H., e Forsythe, J. L. R.** (2003). *“Equity of access to renal transplant waiting list and renal transplantation in Scotland: cohort study”*.UK. BMJ; pg. 327: 1261.
- **ONU** (1948). *“Declaração Universal do Direitos do Homem”*. <http://www.un.org.overview/rights.html> (consulta realizada em 1 de Junho de 2004).
- **Organização Mundial de Saúde** (2003). *“Investir na Saúde – Resumo das conclusões da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde”*. ISBN 92 4 856241 8.
- **O’Rourke, N.** (2001). *“Doctors should tell patients truth about their waiting lists”*. BMJ; 323; pg. 574 (8 September).

- **Osion, D. W., e Gara, C. J.** (2002). *"How long do patients wait for elective general surgery?"* University of Alberta, Edmonton. Canadian Journal of Surgery, Vol.45, nº 1, February.
- **Oxley, H., e MacFarlan, M.** (1994). *"Health Care Reform Controlling Spending and Increasing Efficiency"*. Economics Department Working Papers No. 149, OCDE/GD101.
- **Ouwens, J. P., Groen, H., TenVergert, E. M., Koe'ter, G. H., Boer, W. J., e Bij, W. V.** (2002). *"Simulated Waiting List Prioritization for Equitable Allocation of Donor Lungs"*. Netherlands. The Journal of Heart and Lung Transplantation, 2002.
- **Palm W., Nickless J., Lewalle H., Coheur A.** (2000). *"Implications of recent jurisprudence on the co-ordination of health care protection systems"*. Association Internationale de la Mutualite. European Commission Directorate-General for Employment and Social Affairs. Bruxelles.
- **Palmer R. H.** (1991). *"Considerations in defining quality of health care"*. In RH Palmer, A Donabedian, GJ Povar (Eds.) *Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice*. Ann Arbor, Health Administration Press, pp 1-53.
- **Payne, D.** (2001). *"Campaign to reduce waiting lists in Ireland has had little impact"*. Dublin. BMJ; pg. 322:694.
- **Pechansky, R. e Thomas, W.** (1981). *The concept of access"*. Medical Care, 19; pg. 127-40.
- **Pell, J. P., Pell, A. C. H., Norris, J., Ford, I., e Cobbe, S. M.** (2000). *"Effect of socio-economic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study"*. Glasgow. BMJ; 320; pg. 15-19 (1 January).
- **Pereira, J.** (1989). *"The Economic Interpretation of Equity in Health and Health Care"*. Associação Portuguesa de Economia da saúde. Documento Trabalho Nº1. Lisboa.
- **Pereira, J.** (1993). *"What does equity in health mean?"* Journal of Social Policy, 22(1); pg. 19-48.
- **Pereira, J. A., Campos, A. C., Simões, J., e Reis, V.** (1997). *"Health Care Reform and Cost Containment in Portugal"*. Associação Portuguesa de Economia da saúde, Documento Trabalho 2, Lisboa.

- **Pinto, C. G., e Aragão, F.** (2003). *“Health Care Rationing in Portugal. A Retrospective Analysis”*. Universidade Técnica de Lisboa. Associação Portuguesa de Economia da saúde. Documento Trabalho 1, Lisboa.
- **Pitches, D., Burls, A., e Fry-Smith, A.** (2003). *“How to make a silk purse from a sow's ear—a comprehensive review of strategies to optimise data for corrupt managers and incompetent clinicians”*. Birmingham. BMJ; 327; pg.1436-1439.
- **Pollock, A. M., Dunnigan, M. G., Gaffney, D., Price, D., e Shaoul, J.** (1999). *“The private finance initiative: Planning the "new" NHS: downsizing for the 21st century”*. London, BMJ; 319; pg.179-184.
- **Pope, C.** (1992). *“Cutting queues or cutting corners: waiting lists and the 1990 NHS reforms”*. London. BMJ; 305; pg. 577-579.
- **Pope1, C.** (1991). *“Trouble in store: some thoughts on the management of waiting lists”*. London School of Hygiene and Tropical Medicine. Sociology of Health e Illness, Volume 13 Issue 2 Page 193.
- **President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioural Research** (1983). *“Securing Access in Health Care”*. US Government Printing Office. Washington D.C.
- **Prim, M. P., Diego, J. I., Larrauri, M., Diaz, C., Sastre, N., e Gavilan, J.** (2002). *“Spontaneous resolution of recurrent tonsillitis in pediatric patients on the surgical waiting list”*. Madrid, Spain. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology 65; pg.35–38.
- **Pringle, M.** (2001). *“The two tier syndrome behind waiting lists.”* BMJ; 322; pg. 427.
- **Pringle, M., Wilson, T., e Grol, R.** (2002). *“Measuring "goodness" in individuals and healthcare systems”*. University of Nottingham. BMJ; 325; pg. 704-707.
- **Prior, D., e Solá, M.** *“Waiting List Reduction and Strategic Options in Spanish Hospitals”*. Univ. Autónoma Barcelona - Departamento de Economía de la Empresa.
- **Propper, C.** (2001). *“Expenditure on Health Care in the UK: A review of the issues”*. Bristol, CMPO Working Paper Series nº01/030.

- **Propper, C. Croxson, B., e Shearrer, A.** (2000). *“Waiting Time for Hospital Admissions: the Impact of GP Fundholding”*. Bristol. CMPO Working Paper Series Nº 00.
- **Quadro Comunitário de Apoio III.** *“Portugal 2000-2006”*. Recuperado em 2005, 31 Setembro, de <www.qca.pt.
- **Queensland Government** (2004). *“Elective Surgery Waiting List Report”*. Queensland Health Surgical Access Service.
- **Queensland Health** (1998). *“Guidelines for the Management of Waiting Lists.”*
- **Quivy, R., e Campenhoudt, L.** (1992). *“Manual de Investigação em Ciências Sociais”*. Gradiva. 1ª Ed. Lisboa.
- **Rebelo, P.A.P** (1995). *“Qualidade em Saúde”*. Qualitymark Editora. Rio de Janeiro.
- **Reerink E.** (1990). *“Defining quality of care: Mission impossible?”* Quality Assurance in Health Care, 2; pg.197-202.
- **Research and Development for Health and Social Care** (2000). *“Health Economics analysis of Options for the prioritisation of Waiting Lists in Wales Weights for Waits”*. Wales Office. Number 48.
- **Revista da Ordem dos Médicos** (2003). *“Plano Nacional de Saúde”*.
- **Robinson, R.** (1988). *“Efficiency and NHS: a case for Internal Markets”*. Institute of Economic Affairs, London.
- **Rochaix, L.** (1990). *“Oferta de Cuidados. Regulação ou Desregulação?”*. Associação Portuguesa de Economia da saúde. Documento Trabalho 1.
- **Rodríguez, P. G., e Herrero, C.,** (2001). *“Optimal Shating of Surgical Costs in the Presences of Queues”*. Univ Alicante.
- **Rogers, A., Flowers, J. e Pencheon, D.** (1999). *“Improving access needs a whole system approach. And will be important in averting crises in the millennium winter”*. BMJ, 319; pg. 866-67.
- **Roland, M. e Moris, R.** (1988). *“Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants?”* BMJ; 297; pg. 599-600.
- **Rosen, R.** (2002). *“Recruiting overseas doctors: Overseas or in house? How best to “grow capacity” in the NHS”*. Kings Fund, London, BMJ; 325; pg. 290-291.

- **Ryan, M., e Farrar, S.** (2000). *“Using conjoint analysis to elicit preferences for health care”*. University of Aberdeen, BMJ; 320; pg.1530-1533.
- **Sahar, G., Berman, M., Shmueli, H., Ben -Gal, T., Sahar, E., Kogan, A., Michowitch, R., Georghiou, G.. P., Bobovnikov, V., Sagie, A., Aravot, D., e Vidne, B. A.** (2003). *“Foreign Candidates on the Transplantation Waiting List: An Ethical Dilemma”*. Transplantation Proceedings, 35; pg. 650.
- **Samuel, O.** (2000). *“Is general practice losing its way?”*. BMJ; 321; pg.1421.
- **Sanderson, H.** (1982). *“What’s in a waiting list?”*. BMJ 285; pg. 1368-1369.
- **Sanmartin, C., Shortt, S. E. D., Barer, M. L., Sheps, S., Lewis, S., e McDonald, P. W.** (2000). *“Waiting for medical services in Canada: lots of heat, but little light”*. University of British Columbia. CMAJ, 162 (9).
- **Sanmartin, C. A.** (2001). *“Towards Standard Definitions for Waiting Times”*. Canada, Healthcare Management Forum Gestion des Soins de Santé.
- **Schmidt, V. H.** (2004). *“Models of Care Rationing”*. Current Sociology, vol 52(6); pg. 969-988
- **Scriven, P.** (1996). *“Flexible training as a specialist registrar”*. BMJ 7055 Volume 313.
- **Scott, T., e Jackson, P.** (1995). *“Management for Doctors: Using information for managing clinical services effectively”*. Department of Obstetrics and Gynaecology, Huddersfield Royal Infirmary, BMJ; 310; pg. 848-850.
- **Scottish Executive** (2002). *“Report - The Management of Waiting Lists in NHS Scotland”*. Health Department.
- **Scottish Parliament** (2002). *“Review of the management of waiting lists in Scotland”*. Report by the Auditor General for Scotland.
- **Segurado, N., Albuquerque, P., e Paixão, R.** (2004). *“Manual Prático de parceiras público-privadas”*. Sintra, NPF – Pesquisa e Formação publicações.
- **Sen, A.** (2001). *“Why health equity? The Economics of Health, Within and beyond Health Care”*. York, disponível em <www.hda.nhs.uk>.
- **Serra, Cristina** (2005, Setembro 06). *“Saúde – São dados incentivos de motivação ao profissionais”*. Correio da Manhã.
- **Serrão, D., e Nunes, R.** (1998). *“Ética em cuidados de saúde”*. Porto Editora.
- **Shaw, C.** (2001). *“External assessment of health care”*. BMJ; 322; pg. 851-854.

- **Sheldon, T.** (1998a). *“Dutch coalition tackles waiting lists”*. BMJ; 316; pg. 955.
- **Sheldon, T.** (1998b). *“Dutch efficiency savings are hitting healthcare quality”*. BMJ; 313; pg. 1104.
- **Sheldon, T.** (2000). *“Dutch waiting lists increase despite £36m campaign”*. BMJ; 321; pg. 530.
- **Shetty, A., Manimaran, N., e Reece-smith, H.** (2004). *“Direct access day-case hernia surgery: a logical option for reduction in waiting time”*. Department of Surgery, Royal Berkshire Hospital, Reading, UK. Journal of Ambulatory Surgery 11); pg. 41–43.
- **Shortt, S. E. D., e Shaw, R. A.** (2003). *“Equity in Canadian health care: Does socio-economic status affect waiting times for elective surgery”*. CMAJ 168(4); pg. 413-416.
- **Siciliani L.** (2005). *“Does more choice reduce waiting times?”*. University of York. Health Econ. 14; pg. 17–23.
- **Sierra, E., Pi, F., Domingo, J., Calabuig, R, Prat, J., Ramon, C., e Colomer, J.** (1995). *“Ambulatory Surgery to cope with long patient waiting lists”*. Spain, Ambulatory Surgery, Vol. 3, No. I; pg. 19-22.
- **Simpson, K., e Gordon, M.** (1998). *“The anatomy of a clinical information system”*. Glasgow Royal Infirmary. BMJ; 316; pg.1655-1658.
- **Simon, J.** (2000). *“Indicators for the measurement of research capacity, strengthening investments”*. Presented at W.H.O. conference, France.
- **Sjoling, R. N., Agren, R. N. Y., Olofsson, N., Hellzen, R. N. O., e R.N. Asplunda, K.** (2004). *“Waiting for surgery; living a life on hold a continuous struggle against a faceless system”*. Sweden. Elsevier Ltd. All rights reserved.
- **Smith, G. D., Frankel, S., e Ebrahim, S.** (2000). *“Rationing for Health Equity: Is it necessary?”*. Univ Bristol, UK. Heath Economics 9; pg. 575-579.
- **Smith, J.** (1995). *“How we live now”*. BMJ; 310; pg.1558.
- **Smith, R.** (1998). *“New government, same narrow vision: It's time to move beyond the numbers on waiting lists”*. BMJ; 316; pg. 643.
- **Smith, T.** (1994). *“Waiting Times: monitoring the total post referral wait”*. BMJ; 309; pg. 593-596.

- **Sobolev, B., Brown, P., e Zelt, D.** (2000). *“Variation in time spent on the waiting list for elective vascular surgery: a case study”*. Invest Med. Vol 23, nº 4.
- **Sobolev, B., Brown, P., e Zelt, D.** (2001). *“Modelling and Analysis of Multistate Access to Elective Surgery”*. Health Care Management Science 4; pg.125-132. Canada.
- **South Australian Department of Health** (2004). *“Elective Surgery Bulletin.”*
- **Spurgeon, D.** (1998). *“Canadian doctors angry about lack of action over health funding”*. BMJ; 317; pg. 768. Quebec.
- **Spurgeon, D.** (1999). *“Canadian politicians propose expansion of private health care”*. BMJ; 319; pg.1520. Quebec.
- **Street, A., e Duckett, S.** (1996). *“Are waiting lists inevitable?”*. Health Policy 36; pg. 1-15. Australia
- **Tavares, L. V., Oliveira, R. C., e Themido, I. H., e Correia, F. N.** (1995). *“Investigação Operacional”*. McGraw-Hill.
- **Taylor, H. R.** (2000). *“Cataract: how much surgery do we have to do?”*. Centre for Eye Research Australia. Br J Ophthalmology; 84:1-2. University of Melbourne
- **Tena, E. C., Escobar, L. P., e Uría, M. V. R.** *“La Gestion de las Listas de Espera Quirúrgica en España”*.
- **Thomas, S. J., Williams, M. V., Burnet, N. G., e Baker, C. R.** (2001). *“How Much Surplus Capacity is required to maintain Low Waiting Times?”*. UK. Clinical Oncology, 13; pg. 24–28. Cambridge
- **Tribunal de Contas** (2005a). *“Parecer sobre a Conta geral do Estado de 2004 – Volume I”*.
- **Tribunal de Contas** (2005b). *“Auditoria ao Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas - PECLEC”*. Relatório nº 15.
- **Tynan, A.** (2002). *“Waiting lists for the Health Care in Developed Countries. Initiatives for lung term Management”*. Parliament of Ireland.
- **University of York** (2003). *“Increase in resources should lead to reduced waiting times”*. BMJ; 326; pg. 763. York
- **Utle, M., Gallivan, S., Treasure, T., e Valência, O.** (2003). *“Analytical Methods for Calculating the Capacity Required to Operate in Effective Booked Admissions”*

- Policy for Elective Inpatient Services*". University College London. Health Care Management Science 6; pg. 97-104.
- **Valls, J. M.** (2002). *"La Gestion de las Listas de Espera Quirúrgica por los centros sanitarios y los profesionales"*. Hosp. Univers D'Hebron. Gac Sanit; 16(5); pg. 440-443.
 - **Vissers, J. M. H.** (1998). *"Health care management modelling: a process perspective"*. Eindhoven Technical University, Department of Technology Management. Health Care Management Science 1; pg. 77-85.
 - **Vissers, J. M. H., Van Der, J. D. H. e Kusters, R J.** (2001). *"Towards Decision Support for Waiting Lists: An Operations Management View"*. Health Care Management Science 4; pg. 133-142.
 - **Warden, J.** (1997a). *"Hospital waiting lists grow by 13% in England"*. BMJ; 315; pg. 501-504.
 - **Warden, J.** (1997b). *"Labour acts to cut NHS costs"*. BMJ; 314; pg.1569.
 - **Warden, J.** (1997c). *"Team to look at waiting lists"*. BMJ; 315; pg.1327-1332. London.
 - **Warden, J.** (1998a). *"Government gives NHS £250m for UK winter health pressures"*. BMJ; 317; pg.1338.
 - **Warden, J.** (1998b). *"Labour talks tough on waiting lists"*. BMJ; 316; pg. 955.
 - **Warden, J.** (1998c). *"NHS waiting lists grow under Labour"*. BMJ; 316; pg. 645. London.
 - **Warden, J.** (1998d). *"Theories urge private cash for NHS"*. BMJ; 317; pg.1035.
 - **Warden, J.** (1998e). *"UK waiting lists grow longer"*. BMJ; 316; pg.1625.
 - **Warden, J.** (1998f). *"Waiting lists respond to cash boost"*. BMJ; 317; pg. 618.
 - **Weir, K.** (2000). *"Managers have invented new system for reducing waiting times in Suffolk"*. BMJ; 321; pg. 894.
 - **Whitehead, M., Gustafsson, R. Å. e Diderichsen, F.** (1997). *"Why is Sweden rethinking its NHS style reforms?"*. Karolinska Institute. BMJ; 315; pg. 935-939.
 - **Wilkinson, J. R., e Murray, S. A.** (1998). *"Health needs assessment: Assessment in primary care: practical issues and possible approaches"*. University of Edinburgh, Edinburgh. BMJ; 316; pg.1524-1528.

- **Woodman, R.** (1999). *“More use of private sector could cut NHS waiting lists”*. BMJ; 318; pg.1578. London.
- **Woodward, C. A.** (2000). *“Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality health care – a process of change”*. McMaster University, Hamilton, Ontario, Canada. Geneva.
- **WHO** (1978). *“International Conference on Primary Care, Alma-Ata”*. Recuperado em 2005, em Setembro 15, de http://www.who.in/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
- **WHO** (1986). *“International Classification of Diseases: 9th Revision Clinical Modification”*. Commission and Hospital Activities. World Health Organisation. Michigan.
- **WHO** (1994). *“Health promotion and healthy lifestyles”*. Fifty-seventh World Health Assembly. World Health Organisation.
- **WHO** (1996). *“Equity in health and health care: A world Health Organization initiative”*. Geneva.
- **WHO** (1997). *“European Health Care reform. Analysis of current Strategies”*. W.H.O., regional office for Europe. Copenhagen, Denmark.
- **WHO** (1999). *“A promoção da saúde”*. World Health Organisation.
- **WHO** (2000a). *“43 European countries have yet to enact laws on patients right’s, press release Euro 07/00”*. WHO regional office for Europe. World Health Organisation. Copenhagen.
- **WHO** (2000b). *“Health Systems: improving performance – The world Health Report”*. World Health Organisation. Geneva
- **WHO** (2000c). *“Strategies for assisting health workers to modify and improve skills: Developing quality health care”*. World Health Organisation.
- **WHO** (2000d). *“Patients rights and citizens empowerment” empowerment”*. Through visions to reality, joint consultation between the WHO Regional Office of Europe, the Nordic Council of Ministers and the Nordic School of Public Health. World Regional Office for Europe. Copenhagen.
- **WHO** (2002). *“World Health Report 2002”*.
- **WHO** (2003a). *“World Health Report 2003”*.

- **WHO** (2003b). *“What are the lessons learnt by countries that had dramatic reductions of this Hospital bed capacity?”*. World Health Organisation. Copenhagen.
- **WHO** (2004). *“A Glossary Of Terms For Community Health Care And Services For Older Persons”*. WHO Centre for Health Development. World Health Organisation. Japan.
- **WHO** (2005). *“World Health Report 2005”*. World Health Organisation.
- **Williams, A.** (1993). *“Priorities and Research Strategy in Health Economics for de 1990’s”*. Health Economics, vol. 2
- **Yates, J.** (1987). *“Why are we waiting? An analysis of hospital waiting lists”*. Oxford University Press, New York.
- **Yates, J.** (1995). *“Private Eye, Heart and Hip”*. Churchill Livingstone. London.
- **Yeung, R. Y. T., Leung, G. M., McGhee, S. M., e Johnston, J. M.** (2004). *“Waiting Time and Doctor Shopping in a Mix Medical Economy”*. University of Hong Kong Health Economics Letters 13; pg. 1137-1144.
- **Young, J., Prof Elderly, e Turnock, S.** (2001). *“Community care waiting lists and older people”*. BMJ; 322; pg. 254.
- **Zenios, S. A.** (1999). *“Modelling the transplant waiting list: A queuing model with reneging”*. Stanford University. Queuing Systems 31; pg. 239-251.
- **Zinn, C.** (1994). *“Australian doctors outraged by proposed overhaul”*. BMJ; 309; pg. 1185.

Documentos consultados via internet

- <http://eonomiadasaude.planetaclix.pt/>, (consulta realizada em 26 de Outubro de 2004).
- http://en.wikipedia.org/wiki/William_Beveridge, (consulta realizada em 20 de Agosto de 2004).
- <http://europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/124226.htm>, (consulta realizada em 25 de Março de 2005).
- http://europa.eu.int/index_pt.htm, (consulta realizada em 26 de Outubro de 2004).
- <http://alternativ.planetaclix.pt/lara/lara.html> (consulta realizada em 01 de Maio de 2004).
- http://pt.wikipedia.org/wiki/Otto_von_Bismarck, (consulta realizada em 20 de Dezembro de 2005).
- http://saudesablogspot.com/2005_08_01_saudesablogspot_archive.html, (consulta realizada em 20 de Agosto de 2004).
- <http://www.arsc.online.pt/>(consulta realizada em 31 de Março de 2004).
- <http://www.arsc.online.pt/>, (consulta realizada em 28 de Junho de 2004).
- <http://www.bartleby.com/130/>, (consulta realizada em 30 de Outubro de 2005).
- <http://www.dgsaude.pt/>, (consulta efectuada em 20 de Outubro de 2005).
- <http://www.dmrs.min-saude.pt/novidades.asp>, (consulta realizada em 28 de Junho de 2004).
- <http://www.ensp.unl.pt/>, (consulta realizada em 31 de Março de 2004).
- <http://www.ers.pt/>, (consulta realizada em 28 de Junho de 2004).
- [http://www.europarl.eu.int/meetdocs/2004_2009/documents/COM_COM0304_/com_com\(2004\)0304_pt.pdf](http://www.europarl.eu.int/meetdocs/2004_2009/documents/COM_COM0304_/com_com(2004)0304_pt.pdf) (consulta realizada em 19 de Setembro de 2005).
- <http://www.fhf.fr/fhf/hfm/>, (consulta efectuada em 20 de Outubro de 2005).
- http://www.hope.be/07publi/fr_tot.htm, (consulta realizada em 31 de Março de 2004).
- <http://www.hospitaissa.min-saude.pt/>, (consulta realizada em 20 de Dezembro de 2005).
- <http://www.hospital.be/>, (consulta realizada em 28 de Junho de 2004).

- <http://www.hospitalmanagement.net/ihf/>, (consulta realizada em 31 de Março de 2004).
- <http://www.igif.min-saude.pt/>, (consulta realizada em 31 de Março de 2004).
- <http://www.ine.pt/>, (consulta efectuada em 20 de Outubro de 2005).
- <http://www.nice.org.uk>, (consulta efectuada em 4 de Outubro de 2005).
- <http://www.nih.gov/>, (consulta realizada em 20 de Dezembro de 2005).
- <http://www.observaport.org/OPSS.pt>, (consulta realizada em 28 de Junho de 2004).
- http://www.oces.mctes.pt/docs/ficheiros/Programa_XV_Governo.pdf, (consulta realizada em 20 de Dezembro de 2005).
- <http://www.oecd.org/home>, (consulta realizada em 28 de Junho de 2004).
- <http://www.onuportugal.pt/oms.pdf> (consulta realizada em 28 de Junho de 2004).
- <http://www.un.org.overview/rights.html> (consulta realizada em 1 de Junho de 2004).
- http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm (consulta realizada em 1 de Junho de 2004).
- <http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/631A5B3F-5470-4AD7-AE0F-D8324A3AF401/0/ProgramaGovernoXVII.pdf>, (consulta realizada em 20 de Dezembro de 2005).
- http://www.portugal.gov.pt/NR/rdonlyres/C1297E7D-A23D-4499-973B-FCBAC8BF40B3/0/Prog_GC16.pdf, (consulta realizada em 20 de Dezembro de 2005).
- http://www.srsviseu.min-saude.pt/perguntas/menu_sns.htm, (consulta realizada em 20 de Agosto de 2004).
- <http://www.tcontas.pt/>, (consulta realizada em 28 de Junho de 2004).
- http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm (consulta realizada em 20 de Dezembro de 2005).
- <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>, (consulta realizada em 31 de Março de 2004).
- <http://www.who.int/en/>, (consulta realizada em 31 de Março de 2004).

Legislação:

- Lei n.º 56/1979, de 15 de Setembro (Lei do Serviço Nacional de Saúde).
- Lei n.º 464/1982, de 9 de Dezembro (Lei Orgânica Hospitalar).
- Lei n.º 48/1990, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde).
- Lei n.º 27/1999, de 3 de Maio (Programa Especial de Acesso aos Cuidados de Saúde).
- Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Novo Regime Jurídico da Gestão Hospitalar e primeira alteração à Lei de Bases da Saúde).
- Lei n.º 32/2002, de 20 de Dezembro (Aprova as Bases da Segurança Social).
- Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto de 2002 (Regulamenta as Parcerias Público Privadas).
- Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março (Regulamenta o Horário Trabalho Sector Médico).
- Decreto-Lei n.º 118/92, de 25 de Julho (Regime Especial de Comparticipação de Medicamentos).
- Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).
- Decreto-Lei n.º 270/2002, de 2 de Dezembro (Estabelece o Sistema de Preços de Referência para efeitos de Comparticipação Estado).
- Decreto-Lei n.º 271/2002, de 2 de Dezembro (Regime de Prescrição dos Medicamento Genéricos).
- Decreto-Lei n.º 272/2002, de 9 de Dezembro (Transformação do Hospital Infante D. Pedro - Aveiro em Sociedade Anónima).
- Decreto-Lei n.º 173/2003, de 1 de Agosto (Regulamenta as Taxas Moderadoras).
- Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de Abril (Regulamenta as Parcerias Público Privadas).
- Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto (Gestão dos Hospitais SPA).
- Decreto-Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro (Regulamenta a Rede do Cuidados Continuados).
- Decreto-lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro (Cria a Entidade Reguladora da Saúde).

- Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho (Concretização da transformação em Entidades Públicas Empresariais os 31 Hospitais Sociedades Anónimas).
- Decreto-Lei n.º 129/2005, de 11 de Agosto (Nova redacção ao Regime Especial de Comparticipação de Medicamentos).
- Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro (Transformação de 31 Unidades de Saúde em Entidades Públicas Empresariais).
- Despacho n.º 43/1995, de 31 de Janeiro (Programa Específico de Recuperação de Listas de Espera).
- Despacho n.º 17 799/2000, de 31 de Agosto.
- Despacho n.º 1083/2004, de 1 de Dezembro (Criação da Comissões de Farmácia e de Terapêutica).
- Despacho n.º 13885/2004, de 25 de Junho (Criação do Formulário Hospitalar de Medicamentos).
- Despacho n.º 24036/2004, de 22 de Novembro (Aprova a Tabela dos Preços da Produção Adicional no âmbito do SIGIC).
- Despacho n.º 19 650-A/2005, de 1 de Setembro (Nova redacção ao Decreto-Lei n.º 129/2005).
- Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social n.º 407/98 de 18 de Junho (Intervenção Coordenada na área do Apoio Social e dos Cuidados Continuados).
- Despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social n.º 360/99 de 7 de Abril (Criação do Grupo de Trabalho com vista a incentivar a Prestação de Cuidados Domiciliários)
- Portaria n.º 132/2003, de 5 de Fevereiro (Fixa as Taxas Moderadoras)
- Portaria n.º 310/2005, de 23 de Março (Obrigatoriedade de Registo junto da Entidade Reguladora da Saúde).
- Portaria n.º 418/2005, de 14 de Abril (Organização e Funcionamento da Entidade Reguladora da Saúde).
- Portaria n.º 1501/2002, de 12 de Dezembro (Aprova o Modelo de Receita Médica à Prescrição dos Medicamentos).
- Portaria n.º 985/2003, de 13 de Setembro (Fixa os preços das Taxas Moderadoras).

- Portaria n.º 1450/2004, de 25 de Novembro (Regulamenta o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 13/1996, de 24 de Janeiro (Conselho de reflexão sobre a saúde).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001, de 16 de Novembro (Cria a Estrutura de Missão "Parcerias da Saúde").
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 59/2002 de 22 de Março (Constituição da Rede Nacional de Cuidados Integrados).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 25 de Maio (Programa Especial de Combate às Listas de Espera).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 128/2002, de 12 de Novembro (Plano de Farmácia Hospitalar).
- Resolução n.º 15/2003, de 17 de Janeiro (Criação dos Hospitais Sociedades Anónimas).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004, de 24 de Junho (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 102/2004, de 21 de Julho (Nomeação do Coordenador da Estrutura de Missão das Parcerias da Saúde).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 16/2005, de 19 de Janeiro (Prorrogação do Mandato da Unidade de Missão dos Hospitais SA).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 18/2005, de 20 de Janeiro (Prorrogação do PECLEC).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/ 2005, de 27 de Abril (Cria os Serviços Comunitários de Proximidade).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 85/2005, de 7 de Abril (Comissão de Avaliação dos Hospitais SA).